Nr 11 12 marca 1939 Rok XVIII

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Maks BURAK Wilno

Zabiegi operacyjne w chorobach serca [1])

Z Kliniki Wewnętrznej Uniwersytetu St. Batorego w Wilnie
Dyrektor: Prof. dr A. Januszkiewicz

Wśród ogółu lekarzy panuje dotychczas przesadna obawa przed stosowaniem zabiegów operacyjnych u chorych na serce. Przeprowadzenie zabiegów operacyjnych u chorych na serce dla uratowania życia jest rzeczą nieuniknioną. Pomyślny wynik tych zabiegów zwiększa odwagę chirurgów, którzy decydują się na operację w stanach niezwiązanych ze wskazaniami życiowymi. Dzięki temu zdobyliśmy stopniowo duże doświadczenie na podstawie setek operacyj, przeprowadzonych na chorych z najrozmaitszymi cierpieniami organicznymi serca. W ten sposób poznaliśmy ryzyko operacyjne dla rozmaitych postaci schorzeń serca.

Jeżeli chirurg zwraca się do lekarza-internisty z żądaniem orzeczenia, czy chory na serce zniesie zalecony mu zabieg operacyjny, zapytany powinien przede wszystkim zdecydować, czy omawiana sprawa chirurgiczna jest cierpieniem samoistnym, czy też nie jest wyrazem lub następstwem choroby serca. Zdarza się bowiem, że cierpienie serca w rozmaitych jego odmianach może przebiegać w postaci ostrego schorzenia brzusznego, wymagającego interwencji chirurgicznej. Prawidłowe rozpoznanie ratuje chorego od niepotrzebnego zabiegu operacyjnego. Podobne trudności rozpoznawcze mogą zachodzić przy ostrych bólach brzucha u dzieci, występujących w przebiegu ostrego zapalenia osierdzia lub gorączki gośćcowej. Tym bólom brzucha mogą towarzyszyć wymioty, napięcie mięśni i nieznaczna leukocytoza, naśladując przez to ostre zapalenie wyrostka robaczkowego. Ustalenie prawidłowego rozpoznania w tych okolicznościach jest często bardzo trudne; z tego względu należy raczej wykonać niepotrzebnie zabieg operacyjny, niż przeoczyć niebezpieczne dla życia zapalenie wyrostka robaczkowego. Uważne zebranie wywiadu i zbadanie chorego dziecka pozwala jednak często zwrócić uwagę na takie szczegóły, które nasuwają duże wątpliwości co do rozpoznania *appendicitis* i pozwalają odroczyć operację. Chodzi wówczas o krwotoki z nosa, obarczenie rodzinne gośćcem lub przebyte choroby gośćcowe, jak również zmiany odpowiednie serca. W tych warunkach przeczekanie kilkunastu godzin może nas upewnić w rozpoznaniu choroby gośćcowej.

W bardzo rzadkich przypadkach nagłe wystąpienie migotania przedsionków może spowodować ostre bóle w okolicy wątroby z jednoczesnym napięciem mięśni tej okolicy, wymiotami, nieznaczną gorączką, leukocytozą, nawet podżółtaczkowym zabarwieniem. W ten sposób ostre rozciągnięcie torebki wątroby może zachowywać się jak ostre zapalenie woreczka żółciowego. Również zatory nerek lub śledziony w przebiegu wad serca, w migotaniu przedsionków lub w *endocarditis lenta* mogą powodować nagłe wystąpienie bólów brzucha z oporem mięśniowym i gorączką. W tych przypadkach postępowanie nasze powinno być wyłącznie zachowawcze. Jedynie w zatorach tętnic krezkowych może zajść potrzeba, a w zatorach tętnic kończyn dolnych — konieczność interwencji chirurgicznej. Wreszcie najczęstszym źródłem błędów mogą być ostre zawały mięśnia serca. Gdy bóle umiejscawiają się w górnej części brzucha, możemy przyjąć, że powodem ich jest jakaś sprawa ostra, tocząca się w narządach jamy brzusznej, jak przedziurawienie wrzodu okrągłego, ostra martwica trzustki i ostre zapalenie woreczka żółciowego. W tych przypadkach należy zastosować wszelkie dostępne metody badania, włącznie z badaniem elektrokardiograficznym, celem ustalenia prawidłowego rozpoznania; wykonanie niepotrzebnego zabiegu operacyjnego w przypadku ostrego zawału mięśnia serca ze względu na ciężkość tego cierpienia jest błędem niepowetowanym. Z drugiej strony należy się wystrzegać mylnego rozpoznania zawału wówczas, gdy sprawa wymaga natychmiastowego dokonania zabiegu operacyjnego.

Ustalając rzeczywisty charakter sprawy i zalecając odpowiednie postępowanie, usuwamy objawy rzekomo chirurgiczne, będące jedynie następstwem zasadniczego cierpienia serca.

Kwestia ustalenia, czy objawy, stwierdzane u chorego na serce, są wyrazem tego właśnie cierpienia, czy też następstwem sprawy pierwotnej innej, jest względnie rzadką; daleko częściej mamy decydować, jak długo chory będzie mógł korzystać z dobrodziejstw zabiegu operacyjnego. Oznacza to, że mamy ocenić, czy stan choroby serca rokuje dostatecznie długie życie, aby chory mógł korzystać z dodatnich wyników zabiegu operacyjnego. Kwestia ta więc zahacza o trudną dziedzinę rokowania w chorobach serca. Jeżeli przewidujemy, że chory nie będzie żył dłużej, niż rok lub dwa, odradzimy w większości przypadków wykonanie zabiegu operacyjnego, nie wynikającego ze wskazań życiowych. Zalecimy wówczas leczenie zachowawcze, chociażby ono było mniej skuteczne, niż leczenie chirurgiczne. Takie postępowanie jest uzasadnione w przypadkach niewyrównanych wad serca, w swoistych niedomykalnościach zastawek tętnicy głównej lub *mesaortitis*, szczególnie jeżeli są powikłane dusznicą bolesną, w daleko posuniętej miażdżycy tętnic wieńcowych ze zwyrodnieniem mięśnia serca lub ciężkimi objawami dusznicy bolesnej, w nadciśnieniu ustalonym u ludzi starszych z objawami wyczerpania mięśnia serca lub zmianami w nerkach. W przypadkach, w których dokładna ocena stanu serca nastręcza trudności, należy uzupełnić badanie fizykalne za pomocą zdjęcia elektrokardiograficznego, które pozwala wysnuć pewniejsze wnioski, dotyczące rozpoznania. A więc stwierdzenie stale odwróconych wychyleń T, jednocześnie w odprowadzeniu 1 i 2, bloku odgałęzienia lub drobnych rozgałęzień, zmian charakterystycznych dla ostrego zawału mięśnia serca, różnokształtnych skurczów dodatkowych komorowych lub silnie wyrażonych zmian po obciążeniu, świadczących o daleko posuniętej niedomodze tętnic wieńcowych, powinno wpłynąć na naszą decyzję i powstrzymać nas od zabiegu operacyjnego.

Również odradzimy tego rodzaju operację, jak na przykład stosowana w przypadku *prolapsus uteri et vaginae* u kobiet z daleko posuniętym zwężeniem ujścia żylnego lewego lub znacznym nadciśnieniem ustalonym w obawie, że zabieg przyśpieszy rozwój niedomogi serca. Podobnie należy traktować zabieg operacyjny z powodu zwykłej przepukliny.

A więc we wszystkich przypadkach daleko posuniętych chorób serca będziemy dążyli do zastąpienia zabiegu operacyjnego leczeniem zachowawczym, chyba że do tego będą nas zmuszały wskazania życiowe, jak na przykład w ostrym zapaleniu wyrostka robaczkowego lub w przypadku przepukliny uwięzłej.

W związku z poruszonym zagadnieniem wyłania się kwestia, dotycząca odsetka śmiertelności u chorych ze zmianami organicznymi serca w następstwie zabiegów operacyjnych. Obserwowana w tych przypadkach śmiertelność może być rozpatrywana w zależności od zgonów nieoczekiwanych i nieuniknionych. Do grupy pierwszej zaliczamy te przypadki, w których zejście śmiertelne nie nastąpiłoby, gdyby nie dokonano zabiegu operacyjnego. Do grupy drugiej należą takie przypadki, w których śmierć nastąpiłaby niezależnie od tego, czy zabieg operacyjny zostałby dokonany, czy też nie. Jako przykład może służyć przypadek zawału mięśnia serca, w którym w następstwie zatoru wytworzyła się zgorzel kończyny dolnej. W tym stanie zejście śmiertelne było nieuniknione. Z tego też powodu śmierć w 48 godzin po amputacji zgorzelinowej kończyny nie może być spowodowana przez zabieg operacyjny. Zejście nieoczekiwane zdarza się wówczas, gdy wkrótce po zabiegu operacyjnym występuje zawał mięśnia serca, zator, wylew krwawy do mózgu lub rozwija się niewydolność serca. Chociaż pooperacyjne powikłanie w postaci zapalenia płuc występuje u ludzi zdrowych i z tego powodu nie jest właściwie wywołane przez chorobę serca, będziemy jednak uważali zejście śmiertelne z powodu pooperacyjnego zapalenia płuc u chorych na serce, za zejście nieoczekiwane; w ten sposób świadomie zwiększamy odsetek

[1]) Odczyt wygłoszony w Wileńskim Towarzystwie Lekarskim w dniu 16 lutego 1938 r.

śmiertelności u chorych na serce — wychodzimy bowiem z założenia, że tam, gdzie serce jest mniej wydolne, szczególnie u ludzi starszych, łatwiej może rozwinąć się pooperacyjne zapalenie płuc.

Statystyka Levine'a, dotycząca 414 chorych na serce, u których dokonano 494 zabiegów operacyjnych, wykazuje ogólną śmiertelność chirurgiczną 12.1%, natomiast śmiertelność „nieoczekiwaną" — jedynie 6,3%. W statystyce Lewis'a, obejmującej z górą 500 przypadków, śmiertelność „nieoczekiwana" nie przekracza 5%. Liczby te pouczają nas, że chorzy sercowi znoszą dobrze zabiegi operacyjne.

Szczegółowy rozbiór statystyki Levine'a przedstawia się w sposób następujący: najmniejszy odsetek śmiertelności (2,1%) wykazują wady zastawkowe serca; nieco większy (4,9%) przypadki z nadciśnieniem i zwyrodnieniem mięśnia serca. Istnienie stałego migotania przedsionków nie wpływa na powiększenie odsetka śmiertelności. Natomiast schorzenie tętnic wieńcowych znacznie zwiększa ryzyko operacyjne. Szczególnie wysoki odsetek śmiertelności wykazują ostre zawały mięśnia serca (40%). Jeżeli rozwija się niewydolność serca na tle wady, zabieg operacyjny przedstawia znacznie większe niebezpieczeństwo, gdyż śmiertelność wynosi 14%.

Z powyższych rozważań wynika, że chorzy na serce z wyrównanymi wadami serca lub z nadciśnieniem i zwyrodnieniem mięśnia serca bez objawów niewydolności znoszą w ogóle dobrze większe zabiegi operacyjne. Wśród ogółu lekarzy panuje jednakże przesadna obawa przed wykonywaniem zabiegów operacyjnych u ludzi podejrzanych o schorzenie serca. Z tego powodu przeszkodą w wykonaniu operacji bywa stwierdzenie bliżej nieokreślonego szmeru skurczowego, nieznacznego rozszerzenia granic serca, skurczów dodatkowych, częstoskurczu napadowego itp. Zbyt rygorystyczne liczenie się z tego rodzaju zmianami jest niepotrzebnym stwarzaniem trudności, skoro nawet niewyrównane wady serca nie powinny nas powstrzymywać od dokonania *koniecznego* zabiegu operacyjnego.

Daleko większa ostrożność jest zalecana, jeżeli stwierdzamy zmiany w tętnicach wieńcowych, szczególnie, gdy chodzi o ostre lub niedawno przebyte zawały mięśnia serca. Szczególnie w zawałach ostrych dążymy za wszelką cenę do uniknięcia operacji. Również dusznica bolesna powiększa niebezpieczeństwo operacyjne ze względu na możliwość wystąpienia nagłej śmierci lub zawału mięśnia serca *(Sekundenherztod)*.

Ponieważ, jak mówiliśmy, ryzyko operacyjne wzrasta w okresie niedomogi serca, staramy się w tym okresie za wszelką cenę odroczyć zabieg operacyjny; zalecamy wówczas najenergiczniejsze leczenie preparatami naparstnicy i środkami moczopędnymi *(Novurit, Dehydrit)* i dopiero w kilka miesięcy po ustąpieniu wszystkich objawów zastoinowych przystępujemy do zabiegu operacyjnego. Obecność zapalenia nerek również zwiększa ryzyko operacyjne.

Wielkie uprzedzenie panuje do stosowania znieczulenia ogólnego u chorych sercowych. Należy jednak zaznaczyć, że chorzy sercowi znoszą narkozę w ogóle dobrze. Ze środków znieczulających znoszą dobrze eter chorzy młodzi i starzy; starsi, jeżeli nie cierpią na zapalenie oskrzeli. Nie mamy zamiaru brania w obronę chloroformu, jako środka znieczulającego, ale należy podkreślić, że nie zaobserwowano, aby działał w sposób szczególnie ujemny u chorych na serce. Ostatecznie nie tyle chodzi o rodzaj środka znieczulającego, ile o sposób dokonania znieczulenia (długość trwania i ilość zużytego środka), w czym doświadczenie przeprowadzającego narkozę gra ważną rolę. Należy zdać sobie sprawę, że powodem śmierci chorego nie jest sam fakt poddania go znieczuleniu ogólnemu i zabiegowi operacyjnemu. Właściwe niebezpieczeństwo powstaje dopiero w parę dni po zabiegu; wówczas mniej wydolne serce nie może uchronić od powstania zapalenia płuc, szczególnie u ludzi starszych lub od innych powikłań. Organizm z łatwością ulega ogólnemu wyczerpaniu lub zatruciu, rozwija się niewydolność serca itd.

Nagłe katastrofy w związku z narkozą lub dokonywanym zabiegiem mogą naturalnie od czasu do czasu zdarzać się, lecz w ogóle spostrzegamy je rzadko. Wiemy przecież, że w czasie uśpienia chloroformowego może wystąpić nagła śmierć na skutek migotania komór. Szczególnie często zdarza się to u dzieci, u których żadnych zmian w sercu nie stwierdzano. Nawet gdybyśmy wyłączyli przypadki cięższych schorzeń serca, śmiertelność w czasie narkozy uległaby ledwie dostrzegalnemu obniżeniu dlatego, że jedynie bardzo nieznaczna część chorych, umierających w czasie uśpienia, ginie z powodu schorzenia serca. Naturalnie niebezpieczeństwo narkozy u chorych na serce jest większe, niż u ludzi zdrowych, lecz w zestawieniu widać, że przypadki te nie odgrywają liczbowo większej roli.

Wracając do przyczyn zejścia śmiertelnego w następstwie zabiegu operacyjnego u chorych sercowych, musimy podkreślić, że do najczęstszych przyczyn należy zapalenie płuc. Poza tym wchodzą w grę zatory z przyściennych skrzepów *(stenosis ostii venosi sinistri)*, nagłe zawały mięśnia serca i obrzęki płuc. U chorych z objawami grożącej lub jawnej zastoiny może rozwinąć się w ciągu paru dni stan groźny dla życia. Zwykła niedomoga serca rozwija się względnie rzadko; czynnikiem sprzyjającym może stać się zakażenie, zator itp.

Resumując należy podkreślić, że w każdym przypadku choroby serca, jeżeli zachodzą wskazania życiowe, może być wykonany konieczny zabieg operacyjny. Wyjątek stanowią takie stany, które same przez się zagrażają życiu, jak na przykład ostre zawały mięśnia sercowego. Natomiast nie ma takiego stanu, który by stanowił przeciwwskazanie do wykonania drobnych zabiegów chirurgicznych, np. usunięcia zęba, w miejscowym znieczuleniu.

W końcu należy wspomnieć o nowszych zdobyczach w leczeniu organicznych schorzeń serca, które są najlepszym potwierdzeniem tego, jak chorzy sercowi mogą znosić większe zabiegi operacyjne. Leczenie choroby Basedowa za pomocą operacyjnego usunięcia tarczycy nawet w okresie wystąpienia objawów znacznego uszkodzenia serca, prowadzi przeważnie do trwałego wyleczenia i całkowitego ustąpienia objawów sercowych; nieodzownym warunkiem pomyślnego wyniku operacji jest odpowiednie przygotowanie farmakologiczne i psychiczne chorego oraz doskonałe opanowanie techniki operacyjnej; zabieg należy przeprowadzać w znieczuleniu miejscowym. Dalszym krokiem w operacyjnym leczeniu organicznych schorzeń serca jest zaproponowane przez autorów amerykańskich (Blumgart, Levine i Berlin) całkowite lub niedoszczętne usunięcie tarczycy w przypadkach niewydolności serca na tle wad lub w dusznicy bolesnej. Chorzy tacy, po odpowiednim przygotowaniu (za pomocą naparstnicy i środków moczopędnych albo środków rozszerzających naczynia wieńcowe), znoszą dobrze ten poważny zabieg operacyjny przeprowadzony w miejscowym znieczuleniu. Gdy wskazania operacyjne są ustalone w odpowiednio dobranych przypadkach (Scherf), zaznacza się wybitna poprawa stanu serca wkrótce po dokonaniu zabiegu operacyjnego.

Tutaj można by wspomnieć także o próbach Davies'a, Mansella i O'Shaughnessy leczenia operacyjnego dusznicy bolesnej i stanów patologicznych, wynikających z niedostatecznego ukrwienia mięśnia sercowego. Zabieg ten, polegający na sztucznym wytworzeniu zrostów między mięśniem serca i blaszką osierdzia, często dobrze znoszony przez chorych, może służyć jako dowód krańcowego nieliczenia się z granicami wytrzymałości serca.

Dr med. Franciszek ZALEWSKI, ppłk.-lek. Warszawa

Operacyjne leczenie przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego

Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego posiada bardzo obfite piśmiennictwo, gdyż do listopada 1930 r. podług R. D. Mc. Clure'a *Index Medicus* zarejestrował 9.233 prac o danym cierpieniu. Świadczyło by to o tym, że klinika i terapia tego cierpienia są wciąż aktualne i ciągle są dorzucane nowe spostrzeżenia w tym kierunku. U nas na XXVI Zjeździe Chirurgów Polskich omawiane cierpienie było jednym z czołowych tematów zjazdu, przy czym poruszano również sprawę omyłek rozpoznawczych łącznie ze wskazaniami operacyjnymi. Przypuszczalnie powyższy zjazd chirurgów dał sposobność nie jednemu z kolegów zrewidowania swoich dotychczasowych poglądów na wskazania operacyjne omawianego cierpienia, wobec podnoszonych głosów, iż zbyt wiele operuje się przewlekłych wyrostków bez dokładnej analizy danego cierpienia, w wyniku czego padają ofiarą bez potrzeby wyrostki zdrowe. Wkrótce po tym zjeździe ukazała się praca Sokołowskiego w Lek. Wojsk. dowodząca, iż w wojsku nadmiernie i bezkrytycznie operuje się przewlekłe wyrostki, pod którym to mianem usuwa się lwią część wyrostków zdrowych. Wobec takiego postawienia kwestii należało tym bardziej zrewidować swoje stanowisko w danej sprawie i uważniej rozpatrzyć większość materiału operacyjnego, napływającego na oddziały chirurgiczne pod nazwą przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. Po dwóch latach uważnej pracy w tym kierunku oraz po przestudiowaniu dotyczącego tej sprawy piśmiennictwa uważam, iż mogę *sine ira et odio* zająć własne stanowisko w tej sprawie, opierając się na 108 własnych przypadkach przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, operowanych w czasie 1934—1935 r., gdzie brak

było typowych objawów przewlekłego stanu zapalnego, a rozpoznanie i wskazanie do zabiegu operacyjnego było postawione na zasadzie wywiadu i nieznacznego bólu w prawym talerzu biodrowym, przy czym nie wątpiono w prawdomówność chorego, ani też nie uważano go za histeryka.

Dla uwypuklenia, co warte jest zbyt ciasne traktowanie wskazań operacyjnych danego cierpienia, jako też szersze ujęcie tych wskazań w myśl wypowiedzenia się XXVI Zjazdu Chirurgów, postaram się pokrótce naszkicować klinikę danego cierpienia o nietypowych objawach.

Podług G l a t z l a pojęcie kliniczne przewlekłego zap. wyr. rob. nie zgadza się z obrazem anatomo-patologicznym, gdyż pojęcie kliniczne jest o wiele obszerniejsze. Jeżeli wyrostek robaczkowy nie wykazuje histo-patologicznych zmian zapalnych nie dowodzi to jego zdrowia. Kliniczne rozpoznanie przewlekłego zap. wyr. może mieć niejednokrotnie podkład rozmaitych zmian morfologicznych, zmian nie dających się objąć nazwą zapaleń w ścisłym tego słowa znaczeniu. Nadmierny rozrost narządu chłonnego, jego zanik, wszelkiego rodzaju zbliznowacenia, zmiany w nerwach ściennych, następnie zwężenia i zarośnięcia światła wyrostka, zrosty z otoczeniem, zmiany bliznowe krezki, te wszystkie zmiany, które choć są w przeważającej części pochodzenia zapalnego nie są już zapalną sprawą i mogą dawać objawy kliniczne lub nie. W innych razach znajdujemy zmiany anatomo-patologiczne przewlekłego zap. wyr., które zupełnie nie dawały żadnych objawów klinicznych. Przy tym, jak wykazują sekcje, normalne wyrostki znajdują się zaledwie w 50%, druga zaś połowa wykazuje zmiany anatomopatologiczne. Z powyższego widzimy, że dane cierpienie, tak z punktu objawów czysto klinicznych, jak też i z punktu zmian anatomo-patologicznych może być uważane za cierpienie dość częste, przy czym mogą występować objawy przewlekłego zapalenia od razu bez uprzednich ostrych ataków lub też przewlekłe zapalenie może być następstwem przebytego ostrego ataku. Przy tym objawy przewlekłego zapalenia pojawiają się częstokroć nietypowo w postaci zaburzeń żołądkowych, żołądkowo-jelitowych, ba, nawet pod maską zaburzeń płucnych lub nerwowych, które to zaburzenia mogą być przez dłuższy czas leczone bezskutecznie. Częstokroć powyższe zaburzenia o charakterze przewlekłym stanowią pewnego rodzaju preludium do nagłego ostrego ataku zapalnego i od tego czasu utwierdza się rozpoznanie zapalnego stanu wyrostka, chociaż początek zakażenia tegoż wyrostka łącznie z niewyraźnymi objawami tej czy innej postaci sięga daleko w przeszłość chorego.

Dość dawno już chirurdzy zwrócili uwagę na postacie przewlekłego zapalenia wyrostka, przejawiające się jedynie zaburzeniami żołądkowymi w postaci niestrawności, nudności, braku łaknienia, nieokreślonymi bólami brzucha, zaparciem stolca na przemian z rozwolnieniem, przy czym badanie stwierdzało niedowład żołądka z niedokwaśnością. W takich przypadkach nie podejrzewa się u chorych cierpienia wyrostka, gdyż rolę przeważającą grają zaburzenia żołądkowe, objawów zaś ze strony wyrostka albo brak zupełnie (tzw. *appendicitis larvata)* albo też są tak mało uchwytne, że zupełnie giną wobec reakcji żołądka. Jeżeli sprawa się przeciąga przez dłuższy okres czasu, to w następstwie organizm chorego podupada, co się przejawia w spadku wagi, łatwym męczeniu się, zmianie cery, przybierającej odcień bądź ziemisty, bądź zlekka żółtaczkowy, co w sumie powoduje neurastenię. Cóż wtedy dziwnego, że klinicysta może mieć wrażenie, że ma do czynienia z gruźlicą, albo z utajoną postacią raka żołądka lub jelit? Szczęściem dla chorego będzie ujawniony ostry atak, który spowoduje wkroczenie chirurgiczne, po czym powyższe objawy zaczną ustępować prędzej lub wolniej, zależnie od czasu trwania choroby. Poza tym opisywane są postacie przewlekłego zapalenia wyrostka, dające obraz kliniczny przewlekłego zapalenia żołądka z nadkwasowością lub niedokwaśnością. Wspomniana postać została zbadana, zwłaszcza przez braci M a y o, M o y n i h a n a i innych. Ci autorzy wykazali, że w przypadkach klinicznych objawów wrzodu żołądka lub dwunastnicy, jeżeli przy zabiegu zespolenia żołądkowo-jelitowego badanie nie wykazuje wrzodu oraz schorzenia trzustki, czy też woreczka żółciowego, wtedy sam zabieg zespolenia nie ulży choremu. Natomiast, gdy u takiego chorego z wykonanym zespoleniem ujawni się ostry atak wyrostka, który zostanie operacyjnie usunięty, wszystkie poprzednie kliniczne objawy wrzekomego wrzodu ustępują.

Badania przeprowadzone na operowanych z powodu bolesnego nadmiernego wydzielania kwasu solnego w postaci przewlekłej wykazało, że na 112 operowanych stan zapalny wyrostka powodował powyższe objawy u 22. F e n w i c k w swoich badaniach na materiale operacyjnym, jak i sekcyjnym doszedł do wniosku, iż u 88% chorych, przewlekłe wzmożenie wydzielania kwasu solnego jest uwarunkowane zmianami żołądka lub dwunastnicy, 12% uwarunkowane przewlekłymi zmianami wyrostka robaczkowego.

Jeżeli więc *appendicitis chr.* występuje pod maską wrzodu żołądka, to mamy tutaj do czynienia z klinicznymi objawami, podobnymi do wrzodu, a więc na pierwszym planie silne ataki bólów, występujące po jedzeniu bezpośrednio lub w godzinę później, umiejscawiające się w dołku i promieniujące jednakże do pępka lub poniżej, czasami ku dołowi prawego talerza biodrowego. Bóle owe nie poddają się ani diecie, ani też środkom zobojętniającym HCl. Chory ma obfite kwaśne odbijania, sprawiające mu ulgę, często nudności lub wymioty. Niekiedy nawet mogą być wymioty krwawe. Ataki owych bólów są dość częste, choć nieregularne. Poza tym przedmiotowo stwierdzamy nadkwaśność soku żołądkowego.

Niekiedy również objawy, źródłem których jest wyrostek, więcej przypominają wrzód dwunastnicy, chociaż nie występują tak typowo, jak przy ostatniej chorobie i również nie mają przerw okresowych zupełnego powrotu do zdrowia, co bywa przy wrzodzie dwunastnicy, i nie poddają się leczeniu.

Różnica między wrzodem żołądka lub dwunastnicy a podobnymi objawami pochodzącymi od przewlekłego zapalenia wyrostka polega przede wszystkim na uporczywości cierpienia, nie poddającego się ani odpowiedniemu leczeniu, ani też odpowiedniej diecie, co zwykle łagodzi lub wywołuje przerwę w cierpieniach rzeczywistego wrzodu żołądka i dwunastnicy.

Z obydwiema tymi postaciami *append. chr.* wiąże się zwykle zaparcie stolca przerywane rozwolnieniem. Jednakże istnieją postacie *append. chr.*, w których jedynymi objawami są: zaparcie stolca, brak łaknienia oraz w związku z tym wychudnięcie. Częściej od poprzedniej postaci *append. chr.* wywołuje *enterocolitis mucomembranosa,* jak znowu ze swej strony to cierpienie może być przyczyną zakażenia wyrostka robaczkowego. I tutaj znowu bezskuteczność leczenia dietetycznego naprowadzi nas na właściwą drogę, zmuszając do dokładnego zbadania wyrostka. Jedynym wtedy leczeniem będzie *appendectomia,* po której objawy *enterocolitis* ustępują wcześniej lub później, zależnie od czasu trwania choroby.

Opisywane są również postacie wątrobowe *appendicitis chr.*, gdzie przy nietypowym umiejscowieniu wyrostka, objawy podobne są do schorzenia wątroby lub woreczka żółciowego, tym bardziej, że ziemista cera i schudnięcie zdają się potwierdzać nasze domysły. Przy umiejscowieniu zaś niskim wyrostka w miednicy małej, przewlekły jego stan zapalny może również wyglądać na cierpienia jajnika.

Zdarza się również, że przy *append. chr.* brak objawów ze strony przewodu pokarmowego, natomiast tacy chorzy wybitnie chudną, skarżąc się na kłucie w dolnej części klatki piersiowej, kaszlą oraz mają stan podgorączkowy. Zwykle bywają oni traktowani jako chorzy na płuca, lecz leczenie nie osiąga pożądanych skutków.

Wspomnę jeszcze o postaciach *append. chr.* z objawami nerwowymi, czy to w formie neurastenii, melancholii, czy też uporczywych bólów głowy, połączonych z wymiotami, co przypomina *meningitis.*

Z tego krótkiego zarysu różnorodnych postaci, jakie przyjmuje na siebie *appendicitis chronica,* bynajmniej przy tym nie wyczerpanych, możemy sobie uzmysłowić, jak często spotyka się *append. chr.* i to tam, gdzie się zupełnie tego nie spodziewamy. Trudno więc będzie w tych przypadkach oczekiwać wyraźnych i typowych objawów ze strony wyrostka. Pamiętając o powyższym, musimy rozszerzyć wskazania do zabiegu operacyjnego, gdyż jak mówi G l a t z e l: „Powstrzymanie się od zabiegu w przypadku, w którym nie jesteśmy w stanie dowiedzieć się, czy był ostry napad, może kosztować życie chorego".

Zanadto przyzwyczailiśmy się do szukania w chorobach jedynie miejscowych objawów, zapominając o tym, że choroba przejawia się również i ogólnymi objawami nie zawsze typowymi, przy nieuchwytnych nieraz objawach miejscowych. Żadna choroba, jak mówi C a r r e l, nie pozostaje ściśle ograniczona do jednego narządu; ciało chore zachowuje tę samą jedność, co normalne, całe jest chore. Skoro więc tak, to nie możemy za wszelką cenę doszukiwać się typowych objawów, nie umiejąc przypisać właściwej przyczynie objawów nietypowych lub ogólnych. Pamiętam dobrze obserwowanego przeze mnie chorego z trafnie postawionym przez innych rozpoznaniem, który w rękach doktrynera niewłaściwie był leczony, a to z powodu braku typowych objawów, a potem na sekcji trzeba było się zgodzić, wbrew chęci, z poprzednim trafnym rozpoznaniem, pocieszając się jedynie tym, że chory i tak by umarł. Przypadek takiego nastawienia przytacza W. N o w i c k i, jak następuje: „38-letni mężczyzna przywieziony do szpitala z podejrzeniem na

zapalenie wyrostka robaczkowego; chory miał być od dni kilku. Wykonano laparotomię, ponieważ wyrostek ani otrzewna najbliższa zmian widocznych nie okazywały, przeto go nie wyjęto. Wkrótce po operacji chory umarł. Rozpoznanie opiewało: *intoxicatio, st. septicus, parotitis suppurativa*. Na sekcji początek wyrostka długości około 2 cm uwidoczniony był zaotrzewnowo, dalsze części miały krezkę. Okolica kątnicy była nieco wypukłona. Po jej odpreparowaniu dopiero zauważono ropień leżący zaotrzewnowo wielkości jaja kurzego; ropień ten komunikował malutkim otworkiem ze światłem wyrostka i to w odległości około 1½ cm od jego ujścia, drugim otworem zaś ze światłem kątnicy, a znajdował się w odległości około 2 cm od ujścia wyrostka. Zachowanie się otworka kątnicy oraz jej błony śluzowej niewątpliwie świadczyło za następowym przebiciem ropnia do kątnicy. Badanie wyrostka ropiejącego makroskopowo wykazało obrzęk i nastrzykanie błony śluzowej, zwłaszcza w okolicy ujścia. Innych owrzodzeń nie znaleziono".

„Choroba jest czymś osobistym. Zależy od cech jednostki. Istnieje tyle chorób różnych, ile różnych chorych" (A. Carrel). Więc i w *append. chr.* u jednych chorych będą objawy uchwytne, u drugich zaś nie, dając natomiast inne niecharakterystyczne przejawy. Czyż zatem należy koniecznie oczekiwać objawów książkowych, które są jedynie ogólnymi szkicami orientacyjnymi w przebogatym labiryncie poszczególnych obrazów? Sztuką lekarską będzie tutaj uchwycenie osobniczego oddziaływania danego organizmu na dane cierpienie, które to oddziaływanie może daleko odbiegać od zwykłego schematu. Może się również zdarzyć, że pod schorzeniem wyrostka kryje się inne cierpienie, zważywszy na fakt, że prawie nie ma choroby w jamie brzusznej, a nawet i poza nią, która by nie mogła dawać dolegliwości umiejscowionych w prawym talerzu biodrowym. A więc, jak mówi Carrel „Lekarzowi nauka o chorobach nie wystarcza, trzeba również, ażeby odróżniał jasno istotę ludzką chorą, opisaną w książkach lekarskich, od konkretnego chorego, wobec którego się znajduje; tego chorego, który nie tylko winien być zbadany, ale któremu przede wszystkim trzeba ulżyć, którego trzeba uspokoić i wyleczyć"; i dalej tenże Carrel: „Lekarze widzą w swych chorych choroby opisane w traktatach medycyny, są ofiarami wiary w rzeczywistość *idei ogólnych*. Nie rozumieją, że istota ludzka jest całością, że czynności przystosowawcze dotyczą wszystkich systemów organicznych, że podziały anatomiczne są sztuczne".

W świetle powyższych dwóch przytoczeń, jako też z pobieżnego szkicu różnych nietypowych postaci *append. chr.* jasno wynika, jak ostrożni być musimy w dyskwalifikacji tego cierpienia, tym bardziej, że podług Glatzla i wzmieniony wyrostek robaczkowy może być powodem dolegliwości, gdyż zaburzenia czynnościowe ruchowe, a może nawet i wydzielnicze, tak samo, jak zaburzenia nerwowe, nie są dla nas uchwytne, ale bynajmniej niewyłączone. Poza tym ilość i rozległość powikłań przy zapal. wyrostka nie idzie w parze ze zmianami w nim samym. Niejednokrotnie nawet bardzo nieznaczne zmiany, bez jakiegokolwiek rozpadu, wywoływać mogą, a dotyczy to głównie wątroby, znaczne schorzenie innych narządów i ogólne zakażenie (W. Nowicki). Prócz powyższego, *append. chr.* wywołać może niemniej groźne powikłania w postaci *occlusio intestinalis*, które, jeżeli zaczyna się powoli, nie zawsze bywa w porę rozpoznane, co w wyniku odbija się na niepomyślnym zejściu.

Rozpoznanie *appendicitis chr.* nie jest łatwe, gdyż, jak się o tym mówiło, jeżeli z jednej strony objawy tego cierpienia mogą naśladować szereg różnorodnych objawów innych cierpień, to i odwrotnie, inne cierpienia mogą również symulować objawy *appendicitis chr.* W przypadkach więc niejasnych, o mało uchwytnych objawach niekoniecznie trzeba uważać chorego za symulanta, lecz należy dokładnie zbadać *cały organizm*, wziąwszy pod uwagę wywiad, jako też skargi chorego. Znając różne nietypowe objawy *append. chr.*, jak również wykluczywszy inne cierpienia, mogące dawać podobne objawy w prawym talerzu biodrowym (a podług Glatzla 25 chorób może nam utrudniać rozpoznanie sprawy chorobowej wyrostka) możemy w trudnych przypadkach ustalić rozpoznanie, lecz i tu nie zawsze będziemy mieć całkowitą pewność. Kliniczne sposoby badania, jak leukocytoza, wzór Schillinga oraz prześwietlenie Roentgenem może nam być pomocne, lecz nie zawsze. Należy się opierać na *całokształcie* sumiennego zbadania chorego, nie lekceważąc, jak wspomniałem, skarg chorego i wywiadu. We wszystkich zaś wątpliwych przypadkach, gdy wykluczymy szereg chorób mogących nam mącić rozpoznanie, należy operować; bo jak słusznie mówi Glatzel: „Tylko w ten sposób możemy uchronić cały szereg chorych przed bardzo groźnymi następstwami. Lepiej od czasu do czasu wyjąć jakiś niewinny wyrostek, aniżeli uzyskać pewne rozpoznanie kosztem życia".

Nie tak zapatrują się na sprawę zwolennicy operowania tylko w przypadkach niewątpliwych objawów zapalnych. Tak np. Sokołowski, idąc za Radlińskim, operuje tylko te przypadki *append. chr.*, w których widzi niewątpliwie objawy zapalne stwierdzone przedmiotowo, odsyłając do oddziału żołnierzy z objawami podmiotowymi samoistnego bólu w okolicy kątnicy z uciskową bolesnością bez objawów obrony mięśniowej. Jeżeli operował i takich chorych, to w połowie przypadków nie znajdował zmian. Wprawdzie można poddać w wątpliwość, czy tych zmian istotnie nie było i czy owe wyrostki były poddane badaniu drobnowidowemu, o którym Sokołowski nic nie wspomina. Dzisiaj bowiem wiemy, iż pozornie zdrowy wyrostek może wykazać zmiany zapalne przy badaniu drobnowidowym. Poza tym dowody Sokołowskiego za ograniczonymi wskazaniami operacyjnymi nie są przekonywujące, gdyż oparte są więcej na argumentach natury rozumowej lub psychologicznej, aniżeli rzeczowej.

Michejda podaje, że około 1/3 przypadków *append. chr.* nie została przez zabieg potwierdzona. Jednakowoż i tutaj nic się nie mówi o badaniu drobnowidowym, co jedynie byłoby miarodajne. Wprawdzie Michejda dodaje, że „Badanie histologiczne przeprowadzone w *niektórych przypadkach* wykrywało przewlekłe zmiany tam, gdzie makroskopowo wyrostek przedstawiał się prawidłowo". A zatem w obecnym stanie rzeczy kwestia szerokich wskazań operacyjnych w *append. chr.* pozostaje nierozstrzygnięta, gdyż zwolennicy ograniczonych wskazań operacyjnych do tej pory nie dostarczyli nam na poparcie swych twierdzeń przekonywujących dowodów. Zabieg operacyjny zawsze kryje w sobie pewne niebezpieczeństwo i nie należy go lekkomyślnie wykonywać, lecz często zbyt rygorystyczne ujmowanie sprawy kryje w sobie stokroć większe niebezpieczeństwo i oddając hołd zwolennikom psychologicznego badania chorego, trudno jednakże wbrew faktom kroczyć tą wąską ścieżką. Osobiście jestem zwolennikiem szerszych wskazań operacyjnych w *append. chr.*, a wychodzę tutaj nie z rozumowych czy psychologicznych przesłanek, lecz z osobistego doświadczenia, opartego na 108 przypadkach uważnie obserwowanych i w swoim czasie operowanych przeze mnie. Przypadki te nie dawały niewątpliwych objawów zapalnych, a zatem w myśl doktrynerskiego rygoryzmu nie kwalifikowały się do operacji. Rozpoznanie opierało się tutaj zasadniczo na wywiadzie, gdzie często gęsto dało się wyłowić ostry napad przebyty swego czasu oraz na pewnych objawach niestrawności w rodzaju braku łaknienia, nudności, zaparcia stolca, jak i niewielkiego bólu uciskowego w punkcie Mac Burneya bez objawów obrony mięśniowej. Czasami dołączał się do tego stan podgorączkowy. Niejednokrotnie jednakże opierałem się tylko na wywiadzie, gdzie chory podawał przebyty ostry napad i pewne pobolewanie od czasu do czasu w jamie brzusznej, natomiast bolesność w punkcie Mac Burneya była nieznaczna. W takich przypadkach nie miałem pewności, lecz podanie chorego w moich oczach zasługiwało na wiarę i decydowałem się na wykonanie zabiegu operacyjnego, podczas którego zawsze znajdowałem zmiany wyrostka. Rozumie się, mógłbym odesłać chorego do oddziału, by tam oczekiwał ostrego napadu, a wtedy byłyby niewątpliwe objawy. Lecz tlejące zakażenie może zdążyłoby do tego czasu tak zatruć organizm, że zabieg operacyjny dałby w następstwie powikłania, albo ostry napad mógłby przyjąć zbyt groźną postać dla organizmu przy łagodnych objawach klinicznych. Nikt przecież nie może tego przewidzieć. Prawda, że każdy nosiciel wyrostka może zapaść na niego w postaci również nie dającej się przewidzieć, więc nie ma powodu, mówi Sokołowski, operować wszystkich prewentywnie, tak, jak prewentywnie szczepi się ospę. Zupełnie słusznie. Lecz zwykły nosiciel wyrostka niekoniecznie musi na niego zapaść, gdy tymczasem człowiek, który już miał w przeszłości napad nosi w sobie źródło zakażenia, które 1) stale zatruwa go, atakując punkty zmniejszonej odporności i tym samym zmniejsza żywotność danego organizmu, 2) na pewno z czasem wskutek powyższego musi dojść do powikłań, bądź też do wybuchu ostrego ataku, nieobliczalnego w skutkach. Dlaczegoż więc nie skorzystać z sygnału ostrzegawczego i nie przyjść z pomocą organizmowi, który już alarmuje dyskretnie, lecz oczekiwać wielkiego alarmu niebezpieczeństwa.

Tak rozumowałem i operowałem, a operowane wyrostki potwierdzały rozpoznanie we wszystkich przypadkach. Przy tym poza nieznacznym odsetkiem banalnych nieżytów osobiście nie miałem żadnych innych powikłań ani w wymienionych 108 przypadkach, ani we wszystkich w ogóle operowanych na zimno wyrostkach w ciągu 10 lat.

Na jedno jednak chciałbym zwrócić uwagę. Rozpowszechniła się u nas moda małych cięć operacyjnych do tego stopnia,

iż na ogólnym Zjeździe Przyrodników i Lekarzy Polskich w Poznaniu w 1932 r. oglądałem stoisko eksponatów, gdzie jeden ze znanych chirurgów reklamował się małymi cięciami przy operacji wyrostka robaczkowego. Przyznaję, że i sam hołdowałem tej modzie, jednak z czasem przyszedłem do przekonania, iż małe cięcie nie ma usprawiedliwienia, gdyż należy zwykle obejrzeć *coecum* i okolice jego, by nie przeoczyć owrzodzenia lub małego ropnia, który czasami się zdarza, a małe cięcie nie pozwala na dokładne obejrzenie tych okolic, albo zbyt silnie uszkadza tkanki. Poza tym i wyrostek niejednokrotnie bywa w takich zrostach lub tak nietypowo jest ułożony, iż małe cięcie daje nam trudny dostęp do niego. Zawsze trzeba mieć na uwadze, iż chodzi tutaj o ważniejsze rzeczy, niż o kosmetyczny wynik i znam przypadek, gdzie jeden z młodych kolegów popisał się tak małym cięciem, że wystarczyła na skórę jedna klamerka, lecz chory wskutek następowego powikłania ropnym zapaleniem otrzewnej przypłacił to życiem. Co do tego powikłania, to powstanie jego różni autorzy różnie objaśniają; najulubieńszym jednak objaśnieniem jest tzw. uczulenie organizmu na zakażenia. Jeżeli tak jest istotnie, to zrozumiałe jest, iż w przewlekłym zap. wyr. organizm jest stale uczulony, będąc ciągle zatruwanym. Jednakże jak z obserwowanych przeze mnie przypadków wypływało, niejednokrotnie lekceważenie lekkiego zapalenia gardła powodowało *peritonitis purul. post appendectomiam*, które to powikłanie w tym przypadku tym łatwiej może nastąpić im więcej przy operacji tkanka jest zmaltretowana. Przeoczenie zbyt małych rozmiarów owrzodzeń kątnicy powoduje również powyższe powikłanie, co może nastąpić wtedy, gdy chirurg zadowoli się jedynie wycięciem wyrostka bez dokładnego obejrzenia kątnicy. Jeżeli więc weźmiemy pod uwagę powyższe ostrzeżenia oraz dobrą technikę i aseptykę bez zarzutu, to przypuszczalnie nie trzeba będzie się uciekać do objaśniania powikłania przez uczulenie, czego nikt w danym przypadku nie dowiódł doświadczalnie. Przyczyna będzie tkwić raczej w tym lub innym niedopatrzeniu ze strony chirurga.

Na zakończenie pozwolę sobie przytoczyć krótkie protokoły 12 chorych spośród 108 operowanych, dające przeciętny obraz punktów, na których się opierałem, jak i zmian wyrostków, które w nich znajdowałem.

1. L. p. karty szpitalnej 1771. Rekr. P. W., przybył dnia 5. III. 1935 r. *Rozpoznanie:* przewlekłe zapalenie wyr. rob. *Wywiad:* od 5 miesięcy ból po prawej stronie jamy brzusznej. Zaparcie stolca. *Badanie przedmiotowe:* lekka bolesność uciskowa w okolicy *coecum*. Ciepłota 37—37,2°, tętno 96.

Dnia 9. III. w znieczuleniu miejscowym *appendectomia. Coecum* przekrwione, pokryte błonkami zapalnymi. Wyrostek przekrwiony, wewnętrzna błona śluzowa rozpulchniona, grudki limfat. powiększone.

2. L. p. karty szpit. 1757. Rekr. B. J., przybył dnia 5. III. 1935 r. *Rozpoznanie:* obserwacja wyrostka robaczkowego. *Wywiad:* dnia 3. III. wieczorem wymioty i boleści brzucha. *Badanie przedmiotowe:* niewielka bolesność uciskowa w prawym dole biodrowym. Innych zmian brak.

Dnia 13. III. *appendectomia*. Wyrostek długi, krezka *przykurczona, coecum* lekko przekrwione.

3. L. p. karty szpit. 1413. Strzel. K. J., przybył dnia 21. II. 1935 r. *Rozpoznanie:* obserwacja wyrostka rob. *Wywiad:* choruje od dwóch tygodni, miał boleści i wymioty przed tygodniem. *Badanie przedmiotowe:* lekka bolesność uciskowa w prawym dole biodrowym. *Badanie krwi:* ciałek białych 8.500, leukocytów 50%, monocytów 60%, limfocytów 44%.

Dnia 13. III. *appendectomia*. Wyrostek i kątnica przekrwione pokryte nielicznymi drobnymi błonkami.

4. L. p. karty szpit. 1935. Strzel. S. L. Przybył dnia 12. III. 1935 r. *Wywiad:* dnia 11. III. dostał bólów w prawej połowie brzucha, wymioty, ciepłota 37,4°, poza tym stan w ciągu następnych dni bez gorączki. *Badanie przedmiotowe:* w punkcie Mac Burn. bolesność uciskowa.

Dnia 20. III. w miejscowym znieczuleniu *appendectomia*. Wyrostek lekko nastrzyknięty, koniuszek wybitnie zaczerwieniony, błona śluzowa rozpulchniona, w świetle wyrostka ziarenka winogron.

5. L. p. karty szpit. 1767. Sap. M. E. Przybył dnia 5. III. 1935 r. *Wywiad:* chory od grudnia. W drugiej połowie lutego dostał silnych bólów, wymiotów i gorączki. Obecnie ciepłota normalna. *Badanie przedmiotowe:* bolesność uciskowa w Mac Burn.

Dnia 21. III. *appendect.* w miejscowym znieczuleniu. Kątnica przekrwiona, pokryta zapalnymi błonkami. Wyr. rob. przekrwiony o nastrzykniętych naczyniach, błona śluzowa rozpulchniona.

6. L. p. karty szpit. 2177. Szer. P. M. Przybył dnia 19. III. 1935 r. *Wywiad:* od trzech tygodni bóle w prawym podbrzuszu, silniejsze po wysiłku i po ruchach. *Badanie przedmiotowe:* bolesność uciskowa w punkcie Mac Burn.

Dnia 23. III. w miejscowym znieczuleniu *appendectomia*. Wyrostek nastrzyknięty, nieznaczne zrosty u podstawy. W świetle kamyk wielkości ziarnka żyta. Błona śluzowa rozpulchniona.

7. L. p. karty szpit. 1528. Sierż. Z. K. Przybył dnia 25. II. 1935 r. *Wywiad:* przed rokiem czuł już bóle w dole biodrowym prawym, lecz zbadany przez chirurga nie był zakwalifikowany do operacji. Od miesiąca bóle wystąpiły w dolnej części prawej strony jamy brzusznej. *Badanie przedmiotowe:* ból uciskowy w punkcie Mac Burn., brak apetytu, częste zaparcie stolca i nudności.

Dnia 21. III. w znieczuleniu miejscowym + *balsoform* otwarto jamę brzuszną. Wyrostek w zrostach drążący ze strony bocznej *coecum* w głąb ku tylnej ścianie. Przy pociąganiu wyrostka ze strony bocznej tegoż, przebił się kamyk kałowy wielkości fasoli. *Appendectomia.* Wyrostek przekrwiony, w środku wyczuwa się kamyk kałowy wielkości grochu. Błona śluzowa rozpulchniona, blaszki uchyłków powiększone do wielkości fasoli, w końcowym odcinku wyrostka trzeci kamyk kałowy wielkości śruciny.

8. L. p. karty szpit. 3232. Sap. B. H. Przybył dn. 24. IV. 1935 r. *Wywiad:* od miesiąca bolesność w prawym dole biodrowym. W dniu wczorajszym napad bólu oraz trzykrotne wymioty. *Badanie przedmiotowe:* nieznaczna bolesność w punkcie Mac Burn. Innych objawów brak.

Dnia 1. V. w znieczuleniu miejscowym *appendectomia*. Wyrostek nacieczony, silnie przekrwiony, rozpulchniony o wyglądzie ostrego stanu zapalnego. Gruczoły chłonne krezkowe powiększone. Jeden z wyciętych gruczołków wysłano do Pracowni Bakter. C. W. San., która stwierdziła (nr 3203): „z posiewów wyhodowano szczep gronkowca złocistego".

9. L. p. karty szpit. 3264. Szer. Z. J. Przybył dn. 26. IV. 1935 r. *Wywiad:* przed 3 tygodniami wymioty, bóle i ściskanie w prawym podżebrzu. Dnia 23 b. m. powtórzyły się bóle i nudności. *Badanie przedmiotowe*: brak napięcia mięśniowego, nieznaczna bolesność w okolicy Mac Burn.

W znieczuleniu lędźwiowym + *balsoform appendectomia*. Wyrostek w dużych zrostach pokryty błonami zapalnymi, przekrwiony, w wyrostku kamyki kałowe, śluzówka rozpulchniona.

10. L. p. karty szpit. 9188. Uł. C. St. Przybył dnia 29. XI. 1934 r. Stan po *meniscoectomii*. *Wywiad:* skargi na bóle w prawym podbrzuszu. Ucisk w punkcie Mac. Burn. bolesny. Brak obrony mięśniowej. Wieczorem ciepłota 37—37,2°. Stolec zaparty.

Dnia 16. I. 1935 r. w uśpieniu evipan + balsoform *appendectomia*. Wyrostek i *coecum* przekrwione.

11. L. p. karty szpit. 741. Szer. R. W. Przybył dnia 26. I. 1935 r. *Wywiad:* od kilku miesięcy bóle w prawym podbrzuszu. Dnia 24 b. m. silne bóle brzucha oraz nudności. Przewlekłe zaparcie stolca. *Badanie przedmiotowe:* lekka bolesność przy ucisku w prawym podbrzuszu nie przedstawiająca nic charakterystycznego, na skutek czego był skierowany do Roentgena dla wykrycia przyczyny przewlekłego zaparcia, jak również zwrócenia uwagi na wyrostek.

Prac. Roent. dnia 6. II. L. 1055/1232: „obraz radiolog. przewod. pokarm. nie odbiega od normy. Wyrostek robaczkowy nie wypełnił się. Kątnica wrażliwa na ucisk. Jelito grube bez zmian.

Dnia 16. II. w uśpieniu evipan + balsoform otwarto jamę brzuszną. *Coecum* znajdowało się popod łukiem żebrowym prawym przekrwione, pokryte błonami zapalnymi, wyrostek w zrostach.

12. L. p. karty szpit. 1004. Sap. W. E. Przybył dnia 7. II. 1935 r. *Wywiad:* choruje od grudnia, miewał silne bóle w jamie brzusznej, ostatnio silne bóle przed tygodniem. *Badanie przedmiotowe:* lekka bolesność po stronie prawej brzucha. *Badanie krwi:* ciałek białych 5.000, leukocytów wiel. 53%, monocytów 10%, limfocytów 37%.

Dnia 20. II. w uśpieniu evipan + balsoform *appendectomia*. Krezka przykurczona, wyrostek w licznych zrostach.

Piśmiennictwo

1) Ciszkiewicz H.: Lek. Wojsk. T. 24, nr 5, 34. — 2) Glatzel: Polski Przegl. Chir. T. X. 1931. — 3) Leoszko M.: Lek. Wojsk. T. 25, nr 9, 35. — 4) Michejda K.: Polski Przegl. Chir. T. X. 1931. — 5) Nowicki W.: Badania wyrostka robaczkowego z uwzględnieniem stosunków anatomicznych i patologicznych. Lwów 1908. — 6) Sokołowski T.: Lek. Wojsk. 1933. — 7) Zalewski Fr.: Lek. Wojsk. nr 6,

1935. — 8) Carrel A.: Człowiek istota nieznana. Warszawa, 1937. — 9) Berard et Vignard: L'appendicite. Paris 1921. — 10) Makel: The chronic appendix. The military Surgeon. Vol. 73, 1933.

Dr Leon ACHMATOWICZ Baranowicze

W sprawie wyboru cięcia powłok przy resekcji żołądka lub dwunastnicy z powodu wrzodu

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala Międzykomunalnego w Baranowiczach

Wybór cięcia operacyjnego powłok przy zabiegach na różnych narządach zawsze odgrywa ważną rolę ze względu na lepszy lub gorszy dostęp do narządów, z czym bezpośrednio wiąże się łatwe lub trudne wykonanie operacji. Bezpośrednimi skutkami niewłaściwego cięcia powłok dla operującego są trudności, które powstają przy wykonaniu, w związku z czym następuje męczenie się operatora, asystenta i personelu pomocniczego. W zależności od trudnego i niewygodnego dostępu do narządów powstaje uszkodzenie tkanek, zabieg znacznie się przedłuża, co ma ogromny wpływ na przebieg pooperacyjny, częste i groźne powikłania oraz wyniki, tzn. śmiertelność.

Przy każdym rodzaju zabiegów widzimy, że różni autorowie proponują odmienne cięcia powłok, przy czym każdy uważa swoją metodę za najlepszą i uzasadnia to względami anatomicznymi, fizjologicznymi, albo wygodą i łatwością wykonania operacji przy najmniejszym uszkodzeniu tkanek chorego i w najszybszym czasie. Przykładami mogą służyć operacje na drogach żółciowych przy wykonaniu których mamy do wyboru następujące cięcia: a) cięcie Riedel-Kochera — równoległe do prawego łuku żebrowego o jeden, dwa palce poniżej tegoż łuku, b) cięcie Fiodorowa — równoległe do prawego łuku żebrowego do linii środkowej, a stamtąd ku górze do wyrostka mieczykowatego, c) cięcie Lawson-Taita — równoległe do prawego mięśnia prostego, d) cięcie Sprengla — od wyrostka mieczykowatego równolegle do prawego łuku żebrowego biegnie do zewnętrznego brzegu mięśnia prostego prawego, a stamtąd zawraca i biegnie do końca przyśrodkowego dziesiątego żebra, e) cięcie Roubaina — łukowate cięcie w granicach poprzedniego, f) cięcie Mayo-Robson — równolegle do prawego łuku żebrowego, rozpoczynając od wyrostka mieczykowatego do zewnętrznego brzegu prawego mięśnia prostego, a stąd pionowo ku dołowi do poziomu pępka, g) cięcie Kehra — wzdłuż linii środkowej od wyrostka mieczykowatego do punktu położonego w połowie długości między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem, a stąd poziomo lub trochę skośnie do zewnętrznego brzegu prawego mięśnia prostego, a potem zawraca pionowo ku dołowi do poziomu pępka, h) cięcie Bevana — od połowy odległości między pępkiem i wyrostkiem mieczykowatym łukowato wypukłością ku górze, do brzegu zewnętrznego mięśnia prostego prawego i nie dochodząc o dwa palce poprzeczne do pępka zawraca łukowato, wypukłością ku dołowi do końca dziesiątego żebra, i) cięcie Rio-Branco — od wyrostka mieczykowatego pionowo ku dołowi i nie dochodząc o dwa palce od pępka zawraca pod kątem na prawo i idzie do końca dziesiątego żebra.

Prócz tych cięć, niektórzy dokonywują zabiegów na drogach żółciowych z cięcia w linii środkowej — od wyrostka mieczykowatego do pępka itd.

Drugi przykład: przy operacjach na nerkach stosować można cięcie Peana, Fiodorowa, Bazy, Bergmanna, Izraela, Guyona, Brauna, Küstera, Lejars'a, Kochera i innych.

Jeżeli zwrócimy się do operacji żołądka to zobaczymy, że wszyscy chirurdzy dokonywują wycięcia żołądka z cięcia w linii środkowej. Pauchet radził w nisko położonych wrzodach dwunastnicy i w wypadkach trudnych przecinać na poziomie dolnego bieguna rany prawy mięsień prosty.

Czy cięcie w linii środkowej od wyrostka mieczykowatego do pępka jest zawsze wystarczające i wygodne? Na pytanie to należy dać odpowiedź przeczącą.

Żołądek normalny jest tak położony, że wpust leży na wysokości jedenastego kręgu piersiowego naprzeciw lewego brzegu mostka na poziomie szóstej i siódmej chrząstki żeber, a odźwiernik na poziomie dwunastego kręgu piersiowego nieco w prawo od ciała tego kręgu. 3/4 żołądka leży w lewym podżebrzu i tylko 1/4 w nadbrzuszu.

Najważniejszą cechą żołądka prawidłowego jest to, że więzadła jego są wolne i że żołądek w czasie operacji swobodnie daje się wyprowadzić na zewnątrz. Żołądek lub dwunastnica dotknięte chorobą wrzodu przedstawiają się różnie w zależności od stopnia postępu choroby, a mianowicie w wypadkach najlżejszych wrzód zajmuje tylko śluzówkę żołądka, albo i mięśniówkę i żadnych dostrzegalnych zmian jego ścian w czasie operacji nie widać, dopiero dokładne obmacywanie może wykryć zgrubienie śluzówki i mięśniówki lub ubytki tychże. Więzadła w tych wypadkach są prawidłowe. W wypadkach bardziej zaawansowanych przy oglądaniu żołądka, już od razu rzucają się w oczy charakterystyczne zmiany surowicówki i mięśniówki znane wszystkim operującym chirurgom. U tych chorych już mogą być zmiany w więzadłach w postaci ich zbliznowacenia, zgrubienia, obkurczenia i zrostu z otoczeniem, szczególnie często stwierdzamy zrosty tylnej ściany żołądka z krezką poprzecznicy, trzustką itp. Te żołądki już nie leżą prawidłowo i mogą być przesunięte w tę lub inną stronę.

W grupie najcięższej wrzód drąży w otoczenie i wrasta w sąsiednie narządy, jak np. wątrobę, trzustkę, pęcherzyk żółciowy, poprzecznicę, tylną ścianę jamy brzusznej. Więzadła takich żołądków są obkurczone, nacieczone, bliznowate, w związku z czym żołądek lub dwunastnica są nieruchome, jakby wmurowane, wyprowadzić ich na zewnątrz nie można. Ze względu na to, że w około 95% wrzody żołądka są umiejscowione na krzywiźnie małej, rozpoczynając od wpustu do odźwiernika, w odźwierniku i opuszce dwunastnicy i tylko pozostały odsetek wrzodów mieści się na krzywiźnie większej i w okolicy dna żołądka zwykle, jako prawidło, należy przyjąć, że w wypadkach wrzodów drążących w otoczenie, żołądek jest przesunięty znacznie w prawo i tutaj przytwierdzony. W tych najcięższych wypadkach po otwarciu brzucha w linii środkowej widzimy, że cięcie to nie jest wygodne, należy mieć specjalnego asystenta, który za pomocą dużego haka musi odciągać prawy brzeg rany, aby dać możność operatorowi wypreparować i wydzielić żołądek lub dwunastnicę z otoczenia i je uruchomić. Nawet dodatkowe cięcia prawego mięśnia prostego, zaproponowane przez Pauchet'a, nie zawsze w istotnie trudnych warunkach, ułatwia operatorowi pracę.

Z przykrością należy stwierdzić, że koledzy interniści bardzo niechętnie kierują chorych z chorobą wrzodu w ręce chirurgów dla konsultacji, a tym bardziej dla operacji, uważają oni, że wrzód żołądka i dwunastnicy jest ich domeną i że chirurg musi wkraczać tylko wtedy, gdy internista odeśle mu chorego.

Taki stan rzeczy istnieje zarówno w dużych miastach, jak i na prowincji.

Z tych to właśnie przyczyn chirurdzy otrzymują i operują chorych tylko w tym okresie, kiedy po wyczerpaniu wszystkich środków leczenia zachowawczego chory jest w stanie największego wycieńczenia na skutek przewężenia bliznowatego odźwiernika lub dwunastnicy, albo z wrzodem drążącym w otoczenie, wreszcie otrzymują chorych zupełnie skrwawionych, kiedy w czasie zabiegu operacyjnego tryska z naczyń nie krew, tylko jakiś płyn krwią podbarwiony i ostatecznie operują chorych z wrzodami po przebiciu do jamy brzusznej.

Taki stan rzeczy trwa już bardzo dawno i większość kolegów internistów uważa nas tylko za operatorów potrzebnych dla wykonania tego lub owego zabiegu operacyjnego. Ten nienormalny stan rzeczy musi ulec zmianie, gdyż tak lekarze interniści, jak i chorzy muszą ostatecznie przyjść do przekonania, że leczenie operacyjne wrzodu żołądka za pomocą wycięcia części żołądka w 95% wypadków daje wspaniałe wyniki i że śmiertelność przy wycięciu żołądka w rękach chirurgów doświadczonych jest minimalna i waha się od 1—3%, 4%. Osiągnęliśmy przecież ten wspaniały sukces, że nawet na tak głuchej prowincji, jakim jest powiat baranowicki i nieświeski w województwie nowogródzkim, częstokroć nawet niepiśmienni chłopi przyjeżdżają z własnej i nieprzymuszonej woli i bez niczyjej rady już nie do internisty, tylko do chirurga, prosząc o wyjaśnienie, czy nie mają schorzenia ślepej kiszki i czy nie należy poddać się operacji, nie czekając przedziurawienia ze wszystkimi jego następstwami. Na podstawie swoich obserwacyj w ciągu 20-letniej pracy chirurgicznej na kresach północno-wschodnich śmiem twierdzić, że tę walkę o wczesne operowanie zapalenia wyrostka robaczkowego wygrali chirurdzy bez pomocy internistów.

Wierzę, że i następny etap, a mianowicie walkę o wcześniejsze operacyjne leczenie wrzodów żołądka lub dwunastnicy, chirurdzy wygrają.

Uważam, że choroba wrzodu żołądka i dwunastnicy musi od samego początku należeć do chirurga, gdyż śmieszny wydaje się fakt, że wrzód goleni leczy chirurg, a wrzód żołądka czy dwunastnicy internista, niby tylko dlatego, że wrzód goleni jest widoczny, a wrzód żołądka i dwunastnicy jest gołym okiem niewidoczny.

Operując przez długi szereg lat przekonałem się, że chorych z wrzodem żołądka w okresach I i II prawie nie otrzymujemy,

natomiast mamy do czynienia z ciężko chorymi, kiedy żołądek jest już albo zupełnie nieruchomy, albo leży w miednicy małej. Rozpoznawanie tak zaniedbanych wypadków nie nastręcza trudności, jednak i tutaj zdarzają się omyłki, a mianowicie w roku 1927 operowałem chorą lat 60, u której internista rozpoznał kamicę pęcherzyka żółciowego i z uwagi na ujemny wynik leczenia zachowawczego przesłał chorą do operacji. U chorej stwierdziłem pęcherzyk żółciowy wypełniony kamieniami, który doskonale dawał się wymacać pod prawym łukiem żebrowym. Dolegliwości żołądkowe, na które skarżyła się chora, tak internista, jak również i ja, tłumaczyliśmy kamicą żółciową i zdecydowaliśmy chorą operować z tego powodu. Cięcie operacyjne równoległe do prawego łuku żebrowego rozpoczynało się o dwa palce poniżej wyrostka mieczykowatego i kończyło się na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego brzucha. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdziłem kamicę pęcherzyka żółciowego i olbrzymi wrzód krzywizny małej żołądka, drążący do prawego płata wątroby i pęcherzyka żółciowego. Wykonałem rozległe wycięcie żołądka i usunąłem pęcherzyk żółciowy. Technicznie nie miałem żadnych trudności, przeciwnie, operacja odbywała się z całą łatwością, wynik pooperacyjny był najlepszy.

W czasie pobytu mego w Wilnie, korzystając z licznej asysty w czasie operacji robiłem przy wycięciu żołądka cięcie zawsze w linii środkowej i tylko parę razy przecinałem dodatkowo prawy mięsień prosty.

Od chwili, gdy rozpocząłem pracę w warunkach szpitala powiatowego, nie zawsze mam tego drugiego asystenta i dlatego zacząłem stale we wszystkich wypadkach wycięcia żołądka przy wrzodzie żołądka stosować cięcie następujące: rozpoczyna się ono o dwa palce poniżej wyrostka mieczykowatego i biegnie równolegle do prawego łuku żebrowego poza brzeg zewnętrzny mięśnia prostego. Dzięki temu cięciu po otwarciu jamy brzusznej operator ma uwidocznioną i najbliżej do siebie położoną krzywiznę małą, odźwiernik i dwunastnicę oraz pęcherzyk żółciowy i prawy płat wątroby. Jeżeli wrzód mieści się około wpustu, to cięcie powyższe z łatwością można przedłużyć w linii środkowej do wyrostka mieczykowatego, po czym staje się dostępny cały wpust, a nawet i dno żołądka. Przy tym cięciu zabieg operacyjny, nawet najcięższy, przy wrzodach wpustowych drążących do tylnej ściany jamy brzusznej, z jednej strony, a z drugnej strony przy wrzodach dwunastnicy, drążących do pęcherzyka żółciowego lub ku tyłowi, staje się znacznie mniej męczący dla chirurga i łagodniejszy dla chorego.

Na podstawie mego doświadczenia, opartego na kilkudziesięciu wypadkach uważam, że cięcie powyższe jest znacznie dogodniejsze od cięcia w linii środkowej i dlatego radzę stosować przy operacjach wycięcia żołądka z powodu wrzodów żołądka lub dwunastnicy.

Mieczysław SIDOR Lwów

Operacja modo Frangenheim-Goebel-Stoeckel w przypadku incontinentia urinae

Z Oddziału Urologicznego Państw. Szpitala Powsz. we Lwowie
Ordynator: Prof. dr St. Laskownicki

Chory płci męskiej, lat 12, od urodzenia cierpi na *incontinentio urinae* z powodu *spina bifida occulta.* Przed rokiem przebył operację stulejki w szpitalu prowincjonalnym.

Stan nerwów. Głowa i kończyny górne bez zmian, jedynie na przedramieniu w kierunku dystalnym zaniki mięśniowe, skóra sucha, chłodna, dająca się łatwo ująć w fałdy. Odruchy brzuszne nie zmienione. Kończyny dolne: ruchomość czynna i bierna ograniczona w zakresie zniekształconych stóp. Odruchy kolanowe bardzo żywe; ze ścięgna Achillesa prawie nie dają się wywołać. Czucie utrzymane. Zaniki mięśni podudzi zwiększają się ku stopom. Chód wolny, kroki małe — chodzi na wąskiej podstawie.

Stan narządów wewnętrznych. Poza bladością błon śluzowych i skóry, zaznaczony jest zanik mięśni, pośladkowych, przedramion i podudzi. Inne narządy nie wykazują zmian patologicznych. Na skórze prącia widoczna maceracja spowodowana stałym wypływaniem moczu.

Zdjęcia rentgenologiczne. Na zdjęciu przednio-tylnym widoczne jedynie trzony 3 kręgów krzyżowych. Nie zarysowują się zupełnie 2 dolne kręgi krzyżowe i kość ogonowa. Stopy wykazują ustawienie, jak przy *pes plano-valgus.*

W narkozie eterowej cięciem nadłonowym przecięto powłoki, następnie rozsunięto obydwa mięśnie proste brzucha i odsunięto otrzewnę z pęcherza ku górze. Następnie wypreparowano szyjkę pęcherza, oddzielając ją ostrożnie na tylnej ścianie od prostnicy, po czym wycięto z obydwóch stron z powięzi mięśni brzusznych prostych, pasemka długości około 10 cm, szerokości 2 cm, z podstawą szerszą u dołu, w dolnej części połączone z częścią *muscul. pyramidalis.* Na oba końce założono szwy jedwabne. Następnie przy pomocy igły Dechampsa przeprowadzono powyższe pasemka pod szyjką pęcherza w ten sposób, że lewe przeprowadzono na stronę prawą, a prawe na stronę lewą, po czym obydwa końce z przodu nad szyjką pęcherza ze sobą zeszyto.

Rokowanie pooperacyjne. Piątego dnia usunięto drenik z *cavum Retzii,* gorączki nie ma; mocz krwawy utrzymywał się przez kilka dni. Ósmego dnia wyjęto szwy i klamerki. Do 10 dni otwór po dreniku z *cavum Retzii* zabliźnił się całkowicie. Trzeciego dnia zauważono, że choremu mocz nie wypływa stale, lecz przez pewien czas chory potrafi go utrzymać. Po operacji nie osiągnięto wprawdzie całkowitego wyleczenia, jednak obecnie chory może chodzić i mocz utrzymuje około 45 minut. Należy przypuścić, że w przyszłości, kiedy wytworzy się lepsza blizna, wynik będzie korzystniejszy.

*

Przypadek powyższy demonstrowano dlatego, że najprawdopodobniej jest to pierwszy zabieg tego rodzaju, wykonany w Polsce, gdyż nikt podobnego zabiegu nie opisał, a właściwie jest to zabieg już drugi, ponieważ prof. dr Laskownicki przeprowadził identyczną operację z wynikiem całkowicie pomyślnym, w Sanatorium Czerwonego Krzyża we Lwowie. Poza tym zabieg przytoczony nie odpowiada stanowi faktycznemu operacji *modo* Frangenheim-Goebel-Stoeckel, gdyż sposób tych autorów (jak i wszelkie inne modyfikacje) dotyczy zabiegu u kobiet i od tego zabiegu się różni. W sposobie podanym przez owych autorów zeszywa się paski ścięgna pod cewką, idąc z cięcia od strony pochwy, a w naszym wypadku zrobiło się zawieszenie szyjki z cięcia nadłonowego przez zeszycie obu pasków z przodu od strony jamy brzusznej.

Dr Mieczysław KOSIŃSKI. Asyst. Oddz. Lwów

Rzadkie wskazanie do cięcia cesarskiego

Z Oddziału Ginekolog.-Położn. Szpitala Ub. Społ. we Lwowie
Ordynator: Dr Seidler

Rozwój chirurgii ogólnej i udoskonalenie techniki cięcia cesarskiego z jednej strony, a z drugiej strony dokładne poznanie warunków, w jakich ten zabieg operacyjny daje najlepsze wyniki, rozszerza nasze wskazania do cięcia cesarskiego. Z roku na rok wskazania te, będące do niedawna czymś niezwykłym, stają się coraz bardziej częste i zrozumiałe.

Spomiędzy tych niecodziennych wskazań do cięcia cesarskiego należy wymienić: obrzęk sromu dużego stopnia (Skutsch i Greenhill), silnie rozwinięte żylaki pochwy (Brunet), bliznowate zwężenie pochwy, wreszcie obniżenie macicy, przy którym ujście zewnętrzne szyjki znajduje się przed sromem. Schorzenie to Halban nazywa ***prolapsus colli uteri elongati.*** Wydłużenie to może osiągnąć duże rozmiary i tak: Hannak podaje, że w swoich przypadkach obserwował długość obniżonej szyjki do 15 cm, Giebler i Keller do 12 cm.

Schorzenie to dotyczy przeważnie wieloródek, jednak zdarza się i u pierwiastek, jak to się zdarzyło w naszym przypadku. Rzadkość tego powikłania w czasie porodu tłumaczy się tym, że kobiety dotknięte tym cierpieniem trudniej zachodzą w ciążę. Zrozumiałe jest, że zmiany zapalne w szyjce i zmiany w samym mięśniu szyjki, powstałe wskutek nieprawidłowego jej położenia, utrudniają zajście w ciążę. Jeżeli ciąża jednak rozwinie się, to może się zdarzyć, że rosnąca macica podciąga obniżoną szyjkę ku górze, z wyjątkiem przypadków, gdzie szyjka uległa nadmiernemu wyciągnięciu i przerostowi. Takie właśnie stany, jako powikłanie porodowe nasuwają wątpliwości co do sposobu prowadzenia porodu. W dużej ilości przypadków niepodatność ujścia, na skutek zmian łącznotkankowych, przedwczesne odejście wód płodowych, przeciąganie się porodu i obecność owrzodzeń odleżynowych są dla zdrowia matki i losu dziecka niebezpieczne. Wtargnięcie zakażenia do jamy macicy w tych warunkach jest bardzo ułatwione. Toteż śmiertelność matek i dzieci w tych przypadkach jest olbrzymia.

Seitz podaje śmiertelność 55%. Z 5 przypadków Hannaka 4 zmarło, a 1 przypadek Kritzlera skończył się również śmiercią. Z 4 przypadków kliniki krakowskiej (Keller) jeden skończył się zejściem śmiertelnym.

Ta duża śmiertelność matek i dzieci, a w przypadkach nie kończących się śmiertelnie, duża zachorowalność położnic nie zezwala na poród fizjologiczny, poród siłami natury i każe nam wystąpić czynnie, a w pewnych przypadkach nawet radykalnie. Zabiegi operacyjne drogą pochwową dają złe wyniki zarówno dla matki jak i dla dziecka (Hannak). Z powodu zwykle zakażonych wtórnie streptokokami owrzodzeń odleżynowych na szyjce macicy, operacje położnicze przez pochwę dają ciężkie powikłania pod postacią zakażenia połogowego, ropień w przymaciczu, zapalenia żył z zatorami itd. Śmiertelność dzieci jest także bardzo duża, ponieważ warunki techniczne w tych operacjach położniczych są zwykle ciężkie. I w tych właśnie przypadkach wskazanie do cięcia cesarskiego drogą brzuszną staje się logiczną koniecznością tak dla zdrowia matki, jak i dziecka. A w przypadkach, gdzie owrzodzenia szyjki są rozległe, z nalotami, gdzie ciepłota matki podwyższona, słowem w przypadkach, gdzie musimy liczyć się albo z już istniejącym zakażeniem, albo z dużym jego prawdopodobieństwem, wykonanie cięcia cesarskiego przez laparatomię i całkowite usunięcie macicy nie będzie może zbyt radykalnym leczeniem. Nie trzeba podkreślać, że na całkowite usunięcie macicy może i trudno się zdecydować i powinno się mieć zawsze usprawiedliwienie w ciężkości i obrazie klinicznym tego powikłania porodowego. W niektórych przypadkach wypadanie szyjki ciężarnej macicy przed srom prowadzi do rozległych owrzodzeń, wtórnie zakażonych zjadliwymi drobnoustrojami i tutaj wykonanie cięcia cesarskiego a następnie leczenie miejscowe i ogólne da dobre wyniki.

Przypadek nasz dotyczył pierwiastki, lat 33, budowy delikatnej. Płuca i serce bez zmian, mocz bez zmian, RR. 120 Hg. Ciepłota 36,8°. Rodząca zgłosiła się na Oddział w pierwszym okresie porodowym. Badaniem zewnętrznym stwierdziliśmy: macica wielkością odpowiada pełnym IX m. c., położenie płodu czaszkowe I. tętno płodu słyszalne dobrze po stronie lewej. Przez szparę sromową wystaje szyjka macicy na 2 cm, ujście szyjki rozwarte na jeden palec, ściana szyjki zgrubiała i przerosła, pęcherz płodowy utrzymany. Bóle porodowe w I okresie, w miernym nasileniu, główka płodu przyparta do wchodu do miednicy. Wymiary miednicy prawidłowe. Na szyjce macicy nieznaczne ubytki nabłonka.

Rodzącą rozwiązaliśmy cięciem cesarskim brzusznym w narkozie eterowej. Przebieg połogu bez powikłań. Ponieważ znajdujące się przed szparą sromową ujście szyjki mogło łatwo stać się w połogu źródłem zakażenia, po wykonaniu cięcia założyliśmy do pochwy krążek, który dobrze podtrzymywał szyjkę w pochwie. Po 12 dniach położnica wraz z dzieckiem opuściła zakład w dobrym stanie zdrowia, uprzedzona, że powinna zgłosić się do wykonania operacji plastycznej.

Piśmiennictwo

Brunet: Zentralblatt f. Geb. u. Gyn. 1906. Nr 2. — Greenhill: Zentralblatt f. Geb. u. Gyn. 1925. Nr 46. — Gromadzki: Ginekologia Polska. 1925. Z. 79. — Gutzeit: Zentralblatt f. Geb. u. Gyn. 1924. Nr 33. — Hannak: Monatschrift f. Geb. u. Gyn. 1921. — Keller: Ginekologia Polska. 1926. Z. X—XII. — Kritzler: Zentralblatt f. Geb. u. Gyn. 1921. Nr 48. — Skutsch: Zentralblatt f. Geb. u. Gyn. 1925. Nr 28. — Sołowij: Ginekologia Polska. 1925. Z. 7—9. — Chełmecki: Ginekologia Polska. 1926. Z. X—XII.

Emilian SEGALL Zaklików, pow. Janów Lub.

Rzadki wypadek samoistnego wyleczenia się wgłobienia jelita.

O wypadku tym donoszę ze względu na jego rzadkość, chociaż nie mogę stwierdzić, wobec niemożliwości zaznajomienia się z odpowiednim piśmiennictwem, czy i ile takich wypadków zostało opisanych. Dnia 9. XII. 1938 r. zgłosił się do mnie chory, lat 40, którego wywiady brzmią następująco: przed rokiem ostry nieżyt żołądka i jelit. Obecna choroba zaczęła się przed dwoma tygodniami. Przez dwa dni chory narzekał na niezbyt silne bóle w dołku podsercowym, brak apetytu, gorączkę. W drugim dniu wystąpiły gwałtowne bóle dołem brzucha, zwłaszcza w podbrzuszu prawym, wymioty, dreszcze. Bóle trwały koło dwóch godzin, po czym chory miał krwawy stolec. Po oddaniu stolca bóle się zmniejszyły. Od tego czasu bóle przez kilka dni, aczkolwiek słabsze, utrzymują się 1—3 stolców krwawych na dobę. Od tygodnia bóle ustały, stolce nie są krwawe, ale cuchnące, ropne, do 4 na dobę. Dziś z kiszki stolcowej wyszła jakaś „kiszka", z którą zgłasza się do mnie. W drugim dniu choroby był u felczera, który rozpoznał ostre zapalenie wyrostka robaczkowego i skierował chorego do szpitala, dokąd chory się nie udał. Stan obecny: budowa, odżywienie mierne, skóra blada, język wilgotny, nieco obłożony. Płuca i serce bez zmian. Tętno 90 na min. Brzuch nieco wzdęty, powłoki dość wiotkie, wypuk bębenkowy, przy głębszym ucisku tkliwość w podbrzuszu prawym, z odbytnicy sterczy zeschnięta jakby kiszka długości około 20 cm. Pociągnąłem za ten postronek i wyciągnąłem jeszcze resztę „kiszki" długości około 35 cm. Reszta ta, nie zeschnięta, bardziej przypominała jelito, światła jednak nie można było uzyskać z powodu martwicy tkanki. Badanie mikroskopowe, wykonane przez dr Z. Alberta, st. asyst. Zakł. Anat. Patolog. we Lwowie wykazało „utkanie (w ogóle martwiczej) ściany jelita i to jej wszystkich warstw". Preparat znajduje się w Muzeum zbiorów anatomo-patolog. we Lwowie. Mieliśmy zatem do czynienia z samoistnym wyleczeniem się wgłobienia jelita przez odrzucenie martwiczego odcinka długości około 55 cm ze zrostem zdrowych końców jelita. Chory obecnie czuje się dobrze, nie ma żadnych dolegliwości, przybyło mu na wadze, chodzi i pracuje.

Nowe środki lecznicze

Eryka GÉRARD Kraków

Uwagi o działaniu środka nasennego Somnalin Karpińskiego

Z Oddziału Chorób Nerwowych Szpitala im. G. Narutowicza w Krakowie
Ordynator: Dr W. Chłopicki

Spostrzeżenia nasze oparliśmy na obserwacji około 80 chorych, u których Somnalin stosowaliśmy nie tylko w zwalczaniu bezsenności, lecz również w całym szeregu schorzeń organicznych, gdzie zachodziła potrzeba usunięcia takich objawów, jak np. uporczywe wymioty w przypadkach guzów mózgu, nudności po naświetlaniach promieniami Rtg., drgawek w padaczce objawowej itp.

Somnalin (bromdiaethyloacethylocarbamid) należy do grupy związków kwasu barbiturowego, których działanie nasenne ma polegać na zahamowaniu czynności zwojów podkorowych.

U chorych, którym podawano Somnalin, przeprowadzaliśmy stałą kontrolę tętna, ciśnienia krwi oraz, przy dłuższym stosowaniu, moczu. W zachowaniu się tętna (częstość, napięcie, napełnienie) wyraźnych zmian nie zaobserwowaliśmy. Ciśnienie krwi przy dłuższym podawaniu Somnalinu, badane w jednakowych warunkach, to znaczy rano po przebudzeniu się chorego, nie wykazywało skłonności do obniżania się zarówno przy wartościach prawidłowych, jak i przy nadciśnieniu. W moczu nie stwierdziliśmy pojawiania się składników patologicznych, w tym wypadku przede wszystkim zwiększenia urobilinogenu. Również nie zaobserwowaliśmy występowania objawów ocznych w postaci oczopląsu, czy też upośledzenia reakcji źrenic. Co do innych objawów ubocznych, to w jednym przypadku chory (z rozpoznaniem *tabes dorsalis stationaris*) skarżył się na bóle głowy rano po przebudzeniu się, po każdorazowym użyciu środka nasennego.

Najszersze pole zastosowania znalazł Somnalin w bezsenności, pochodzenia czy to czynnościowego, czy też na skutek bólów, np. przy nerwobólach, rwie kulszowej itd. W przypadkach tych podawaliśmy Somnalin w dawce 1—1½ tabletki à 0,5, po upływie 1—2 godzin następował sen, trwający najczęściej około 6 godzin. Po przebudzeniu chorzy nie mieli uczucia zmęczenia ani senności w ciągu dnia. W chorobach gorączkowych, przy wysokiej ciepłocie, podawanie Somnalinu, nawet w dużych dawkach, nie dawało pożądanego wyniku, chorzy uspokajali się na krótko; sen, jeśli występował, trwał również krótko, był przerywany, nie przynosił żadnej ulgi choremu.

Poza dziedziną zaburzeń snu, stosowaliśmy również Somnalin przy uporczywych wymiotach pochodzenia ośrodkowego, a mianowicie przy guzach mózgu, zapaleniach opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu oraz wstrząsach mózgu (14 przypadków). Występujące wówczas wymioty nie ustępują pod wpływem środków, działających miejscowo na błonę śluzową żołądka, musimy uciekać się do środków, zmniejszających pobudliwość ośrodka wymiotnego. Dobre wyniki daje wówczas Somnalin w dawce po 0,1, co mniej więcej odpowiada ¼ tabletki Somnalinu, zwykle na pół godziny przed głównymi posiłkami (3—4 razy w ciągu dnia). Niekiedy zachodziła potrzeba zwiększenia dawki jednorazowej do ½ lub nawet całej tabletki.

W przypadkach padaczki samoistnej lub objawowej (11 przypadków), stałe podawanie Somnalinu w dawce $1/4$—$1/3$ tabletki (zależnie od wieku oraz nasilenia sprawy chorobowej), trzy razy w ciągu dnia, zapobiegało występowaniu napadów w czasie pobytu chorego w szpitalu. W razie odczuwania przez chorego nadmiernej senności, zmniejszaliśmy dawkę do dwóch razy w ciągu dnia lub podawaliśmy całą tabletkę na noc jednorazowo.

W przeważającej liczbie przypadków chorzy, pobierający naświetlania promieniami Roentgena, zwłaszcza przy dłuższym stosowaniu małych dawek, skarżą się na brak łaknienia, nudności, niekiedy wymioty oraz bóle głowy. W stanach tych (17 przypadków) podawaliśmy zapobiegawczo, a niekiedy nawet już po wystąpieniu wyżej opisanych objawów, trzy razy dziennie po $1/4$ tabletki Somnalinu, zwykle na pół godziny przed jedzeniem lub w lżejszych przypadkach pół tabletki na godzinę przed naświetlaniem jednorazowo. Wkrótce po podaniu leku nudności i wymioty ustępowały, a po kilku godzinach również zmniejszały się bóle głowy. Brak łaknienia utrzymywał się zwykle przez czas dłuższy i celem jego zwalczenia trzeba było podawać środki pobudzające łaknienie.

Dla uwidocznienia powyższych spostrzeżeń przytaczam kilka przykładów:

Przyp. 1. Chory lat 34, robotnik, z rozpoznaniem *neuritis plexus lumbalis dext. Neuropsychopathia.* Choruje od dwóch lat, obecnie trzeci nawrót choroby. Skarży się na silne bóle wzdłuż tylno-bocznej powierzchni uda, promieniujące do pachwin, bóle przy oddawaniu moczu i stolca oraz uporczywą bezsenność. W nocy chory niespokojny, wychodzi z łóżka, niepokoi innych chorych. Choremu zaczęto podawać Somnalin. Po jednej tabletce spał bardzo krótko, był jednak znacznie spokojniejszy. Następnie dawki zwiększono do $1\frac{1}{2}$ tabletki, po których chory spał przez kilka godzin; przez kilka następnych dni pozostawiono go na tej dawce, po czym stopniowo zmniejszono do pół tabletki.

Przyp. 2. Chory, lat 27, z rozpoznaniem: *tumor cerebri* (naczyniak z cystą w lewej półkuli). Choruje od dwóch miesięcy, od trzech tygodni uporczywe wymioty (chory schudł 15 kg). Zastosowaliśmy obok 40% glukozy dożylnie — 3 razy dziennie po pół tabletki Somnalinu, po których wymioty ustąpiły, a bóle głowy zmniejszyły się znacznie, wówczas zmniejszono dawkę do połowy. Gdy po kilku dniach w stanie chorego nastąpiło pogorszenie, ponownie na kilka dni zwiększono dawkę. Po czym z uwagi na narastanie objawów skierowano chorego na Oddział Chirurgiczny celem dokonania zabiegu.

Przyp. 3. Chory, lat 30, z rozpoznaniem: *tumor cerebri.* Przywieziony z objawami porażenia prawostronnego. Po kilku dniach, gdy w stanie chorego zaczęła występować wyraźna poprawa i chory zaczął wykonywać pewne ruchy porażonymi kończynami, nastąpił atak padaczkowy, który powtórzył się jeszcze dwukrotnie w ciągu dnia. Po zastosowaniu Somnalinu trzy razy dziennie po $1/2$, a później $1/4$ tabletki, ataków nie było więcej w ciągu $1\frac{1}{2}$-miesięcznego pobytu chorego w szpitalu.

Przyp. 4. Chory, lat 28. Rozpoznanie: *angiomatosis cerebelli et retinae — Morbus Hippel-Lindau.* Stan po zabiegu operacyjnym. Chory pobiera naświetlania promieniami Rtg., skarży się na brak apetytu, nudności oraz sporadyczne wymioty, dolegliwości te zmniejszyły się znacznie odkąd zaczął pobierać po $1/2$ tabletki Somnalinu na pół godziny przed każdym naświetlaniem, przez okres około trzech tygodni.

Przyp. 5. Chłopiec lat 6. Rozpoznanie: *epi. genuina,* od czterech lat ataki, które ostatnio zjawiają się co kilka dni. Po przybyciu do szpitala otrzymał Somnalin trzy razy dziennie po $1/4$ tabletki. W czasie pobytu w szpitalu przez okres dwóch tygodni chory nie miał ani jednego ataku.

Bibliografia

Artykuły oryginalne w czasopismach

Piśmiennictwo polskie

Życie Lekarskie (dawniej Nowiny Społeczno-Lekarskie). Nr 4. 1939. Jur A.: Lekarze a państwo. — Aman M.: O wolny wybór lekarza w ubezpieczeniu chorobowym. — Bagdach K.: Ubezpieczenie chorobowe lekarzy. — Orłowski E.: Wolny wybór lekarza w świetle „Pamiętników Lekarskich". — Chmielewski K.: O dopływie nowych sił lekarskich do uzdrowisk.

Lekarz Wojskowy. T. XXXIII. Nr 1. 1939. Hiller S.: Głód jako zjawisko biologiczne. — Malinowski A.: Postępowanie z psychicznie chorymi w wojsku. — Goertz F.: Współczesne warunki walki a organizacja i taktyka służby zdrowia dywizji piechoty. — Mienicki M.: Zarys dziejów służby sanitarnej w Wileńskim Oddziale Mjr. Dąbrowskiego. — Kaczanowski G.: W sprawie moczenia mimowolnego u żołnierzy. — Gorzkowski E.: Jeszcze o wrodzonych brakach mięśni piersiowych. — Lenarczyk P.: Stopień sprawności zaopatrywania wojska w materiał sanitarny w okresie od 1918—1938 r.

Przegląd Dermatologiczny. Nr 4. 1938. Merenlender J. i Kapłanówna G.: W sprawie etiologii perifolliculitis capitis abscendens et suffodiens (Hoffman). — Bernhardt R.: Jedno słowo w sprawie artykułu Janiny Kowalczykowej i Leona Hirscha: „Przyczynek do znajomości choroby Besniera-Boecka". — Wowkonowicz M. i Burawski J.: Chemoterapia rzeżączki preparatami sulfoamidowymi. Cz. IV. Dagenan. — Rubinstein D.: Leczenie zapaleń rzeżączkowych sterczu promieniami Roentgena.

Polski Przegląd Chirurgiczny. Z. 1. 1939. Haber A.: Zastrzały pochodzenia niebakteryjnego. — Kugler A.: O sposobach leczenia wiotkiej kostniny i stawu rzekomego.

Polska Stomatologia oraz Przegląd Dentystyczny. Nr 1—2. 1939. Rychłowski Zb.: W 40-lecie odkrycia radu. — Cieszyński A.: Trzymadło dla radu w bezzębnych szczękach. — Gombiński J.: Trzy zatrzymane zęby w jednym zebodole. — Rzucidło L.: Ocena środków do czyszczenia zębów i płukania jamy ustnej ze stanowiska higieny (dok.). — Karsten A.: Cienne promienie pozafiołkowe i ich znaczenie dla stomatologii.

Prasa Lekarska. Nr 3. 1939. Stankiewicz R.: Stany zapaści u dzieci i ich leczenie. — Ber A.: Zarys endokrynologii w świetle współczesnych badań. Cz. III.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 7. 1939.

Pielęgniarka Polska. Nr 2. 1939.

Młoda Matka. Nr 4. 1939.

Przegląd Chemiczny. Nr 2. 1939.

Oceny

Rozpoznanie ostrych schorzeń jamy brzusznej (Diagnostics urgents d'abdomen). H. MONDOR. Tom 1 i 2. Masson et Cie. 1937, str. 1120.

Rozpoznanie ostrych schorzeń jamy brzusznej, którym poświęcone jest dzieło dwutomowe, rozpoczyna autor od przedstawienia ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, po którym idą kolejno rozdziały, omawiające przebicie wrzodów żołądka, dwunastnicy i durowych, pierwotne zapalenie otrzewnej różnego pochodzenia, dalej sprawy urazowe jamy brzusznej, krwawienia do jamy otrzewnowej, w końcu niedrożność jelit. Szczególnie ważny i zupełnie nowy jest rozdział radiodiagnostyki ostrych schorzeń jamy brzusznej. W przypadkach podejrzanego przebicia wrzodu żołądka lub dwunastnicy, stwierdzenie odmy otrzewnowej ustala ostatecznie rozpoznanie; podobne cenne usługi oddaje kontrastowe badanie radiologiczne przewodu pokarmowego w przypadkach ostrej niedrożności np. wgłobienia jelita u dzieci.

W ujęciu i przedstawieniu ostrych schorzeń brzucha przebija się wszędzie bogate doświadczenie kliniczne autora, stąd też poszczególne rozdziały są obficie ilustrowane przykładami własnego materiału. Wszystko to podnosi wartość praktyczną i dydaktyczną dzieła autora, toteż nic dziwnego, że doczekało się już trzeciego wydania, które ze wszech miar jest godne polecenia.

W. Bross (Lwów).

Technika miesienia (Hoffa-Gocht Technik der Massage). H. STORCK. Verl. F. Enke, Stuttgart 1937. Ryc. 88, str. 123.

Celem autora, ucznia sławnych ortopedów Hoffa i niedawno zmarłego Gochta, było dążenie przedstawienia współczesnych wiadomości o istocie i technice miesienia oraz utorowania temu sposobowi leczniczemu drogi do szerszego jego stosowania.

Według obecnych poglądów miesienie nie ogranicza się jedynie, jak dawniej sądzono, do przesunięcia krwi i chłonki, lecz pobudza też nerwy skóry, leżące głębiej pnie nerwowe i wyzwala w ten sposób szereg ważnych odruchów, których następstwem jest przede wszystkim przekrwienie czynne. Ostatnio wykazano również, iż masażowi można przypisać działanie bardziej ogólne, gdyż podczas miesienia wytwarza się ciało czynne o działaniu podobnym do histaminy, dalej acetylcholina i adre-

nalina, mające bardzo ważny wpływ na cały układ nerwowy wegetatywny i na gruczoły o wewnętrznym wydzielaniu.

Po omówieniu podstaw fizjologicznych mięsienia, przechodzi autor do szczegółowego omówienia samej techniki masażu, wskazań oraz przeciwwskazań i podaje w części szczegółowej wiele cennych wskazówek technicznych, ilustrując je licznymi rycinami, co ułatwia czytelnikowi szybkie opanowanie techniki mięsienia.

Mięsienie, wykonywane według klasycznych wskazówek autora stać się może jednym z cennych pomocniczych sposobów leczniczych w chirurgii.

W. Bross (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa

Patologia

Insulina protamino-cynkowa i cukrzyca insulinooporna. M. TAUBENHAUS. Wien. Arch. f. inn. Med. T. 32. Z. 2. 1938.

W licznych pracach klinicznych i doświadczalnych stwierdzono przedłużone działanie przy użyciu tej postaci insuliny, co też wykorzystano praktycznie zmniejszając liczbę poszczególnych zastrzyków i dawek insuliny. Szczególnie nadają się tu przypadki cukrzycy, o wzmożonym oddziaływaniu na insulinę, a więc cukrzyca wieku dziecięcego, czy młodzieńczego, a u ludzi dorosłych przede wszystkim przypadki na insulinę wrażliwe. Niezależnie jednak od tego, znane są szczególnie ciężkie przypadki cukrzycy, w których insulina protamino-cynkowa nie dawała zadowalniających wyników, poza tym niejednokrotnie podkreślano ciężkie stany niedocukrzenia po jej zastosowaniu. Autor zajął się działaniem tej postaci insuliny u chorych na cukrzycę, u których z powodu współistniejących powikłań (miażdżyca naczyń wieńcowych, nadciśnienie, *retinitis haemorrhagica*, czyraczność) nie można było stosować insuliny w dużych dawkach. Poza tym u tych chorych wykazano wysoki poziom cukru we krwi (nieraz ponad 350 mg %) przy zmniejszonym jego wydalaniu moczem. U chorych, u których poprzednio dawki zwyczajnej insuliny pozostawały prawie bez skutku, zastosowanie insuliny protamino-cynkowej obok poprawy stanu ogólnego zaznaczało się przede wszystkim w wyraźnym i długo utrzymującym się spadku cukru we krwi, czasem prawie do normy. Zdaniem autora działanie tej postaci insuliny zbliżą się do działania insuliny ustrojowej (endogenicznej) nie tak, jak insuliny zwyczajnej. Zasadniczy jej wpływ łączy się najprawdopodobniej z przedłużonym działaniem, może zachodzi przy tym zmiana nastawienia (oporności czy wrażliwości) ustroju na insulinę, która ma być według niektórych jeszcze wspomagana przez dodatek cynku. Autor w zakończeniu zaznacza jednak, że nie we wszystkich przypadkach cukrzycy insulinoopornej należy się spodziewać wyników leczniczych po insulinie protamino-cynkowej, gdyż są takie, które i na nią nie reagują.

St. Malczyński (Lwów).

W sprawie genezy niedokrwistości w przebiegu gruźlicy płuc. E. PILGERSTORFER i H. SEYFRIED. Wien. Arch. f. in. Med. T. 32. Z. 2. 1938.

Znaną od dawna rzeczą są zmiany we krwi, przede wszystkim jako niedokrwistość w przebiegu gruźlicy. Autorzy w 92 przypadkach gruźlicy płuc (postacie jamiste i włókniste), której towarzyszyła niedokrwistość starali się wyjaśnić przyczyny jej powstawania. Niedokrwistość o typie niedobarwliwym występuje w postaciach gruźlicy postępującej, przy czym w gruźlicy jamistej, czy rozsianej przeważnie jest niewielkiego stopnia (tylko w 15% ilość c. czerw. wyniosła poniżej 2,000.000 w 1 mm³). Formy włókniste, jak i gruźlica nie postępująca wykazują niedokrwistość, wyrażoną ilością c. czerw. między 3—4,000.000 w 1 mm³, przy czym stan jest więcej stały. Z obrazu krwi nie można wysnuwać żadnych wniosków co do rokowania i przebiegu procesu chorobowego. Autorzy w genezie niedokrwistości w gruźlicy płuc, oczywiście wyłączając przypadki z krwotokami płucnymi, zwracają uwagę na 2 czynniki, tj. hemolizę oraz na zahamowanie szpiku kostnego w wytwarzaniu c. czerw. na tle zakaźno-toksycznym. Chociaż w niektórych przypadkach za zwiększoną hemolizą przemawia zwiększone wydalanie urobilinogenu moczem i kałem (przy czym nie brano pod uwagę stanów podżółtaczkowych, czy zwiększenia bilirubiny we krwi), rola jej w genezie niedokrwistości, poza nie licznymi przyp., ma być wyjątkowa, zwłaszcza, że nie stwierdza się wzmożonej czynności szpiku kostnego, sądząc z ilości wytwarzania c. czerw., która jest stałym następstwem w przypadkach zwiększonej hemolizy. W genezie więc niedokrwistości pozostaje druga możliwość, polegająca na zahamowaniu, a często zmniejszeniu czynności szpiku kostnego i to najprawdopodobniej na tle toksycznym. W 18 przypadkach przeprowadzone nakłucie mostka wykazało przeważnie zmniejszenie ilości proerytroblastów, makroblastów i normoblastów, co potwierdzałoby brak oddziaływania szpiku. Uszkodzenie zaś jego na tle toksycznym popierałoby zwiększenie komórek plazmatycznych i siateczkowych w szpiku kostnym.

St. Malczyński (Lwów).

Prawidłowy i patologiczny poziom tyraminy we krwi. LOEPER, LESURE i NETTER. Ann. de méd. T. 44. Nr 2. 1938.

Po omówieniu budowy chemicznej, działania sympatykomimetycznego oraz sposobu oznaczania tyraminy, autorowie omawiają jej pochodzenie w ustroju ludzkim oraz jej rozkład. Substancją macierzystą tyraminy jest tyrozyna, zawarta w spożywanym białku zwierzęcym, np. kazeinie, oraz roślinnym; wewnątrzustrojowe powstawanie tyrozyny z cukrów i amoniaku ma tylko znikome znaczenie. Podczas gnicia kiszkowego ulega tyrozyna w środowisku kwaśnym dekarboksylacji na tyraminę; ta dekarboksylacja może prawdopodobnie zachodzić także w nerce i w trzustce. Tyramina, będąca na skutek swego działania sympatykomimetycznego jadem, ulega w wątrobie odtruciu częściowo przez dezaminację i utlenienie, a częściowo przez związanie z kwasem siarkowym. Prawidłowy jej poziom we krwi wynosi 0,2 mg %.

W patologii przypisywano jej duże znaczenie w nadciśnieniu, przede wszystkim w nadciśnieniu bladym połączonym z zapaleniem nerek. Autorowie częściowo tylko podzielają to zapatrywanie; stwierdzili bowiem, że podwyższenie poziomu tyraminy w nadciśnieniu nie jest równoległe do wysokości nadciśnienia w patogenezie, którego może stanowić, co najwyżej, jeden z bardzo wielu czynników; podobnie nie nadaje się ono do oceny sprawności nerek, bo nie zmienia się równolegle ze zmianami azotu pozabiałkowego krwi; a w końcu stwierdzili autorowie podwyższenie poziomu tyraminy we krwi, mimo obniżonego ciśnienia, jeśli tylko wątroba była uszkodzona.

Badania autorów poziomu tyraminy we krwi w schorzeniach wątroby wykazały mianowicie, że poziom jej w marskości o przebiegu łagodnym nie przekracza zazwyczaj 0,5 mg %, a w marskości ciężkiej jest prawie zawsze wyższy od tej cyfry, czasem nawet więcej niż dwukrotnie; poziom ten wzrasta z pogorszeniem się stanu chorych tak, że może mieć znaczenie dla rokowania. Możliwe, że w związku z tym wzrostem stoją rozszerzenia drobnych naczyń skóry, w postaci gwiaździstych tworów, które Loeper uważa za charakterystyczne dla marskości wątroby.

Podwyższenie poziomu tyraminy we krwi stwierdzano poza tym w poszczególnych przypadkach innych chorób.

F. Rathauser (Lwów).

Znaczenie tarczycy dla regulacji poziomu chloru we krwi. J. DECOURT. Ann. de méd. T. 44. Nr 2. 1938.

Autor stwierdził wzrost chloru w ciałkach czerwonych i w osoczu w chorobie Basedowa (14 przyp.) oraz obniżenie jego poziomu w obrzęku śluzakowym (7 przyp.). Dieta bezchlorowa przez 2—3 dni stosowana nie obniżała poziomu chloru w nadtarczyczności, obniżała go natomiast nadmiernie w obrzęku śluzakowym. Leczenie zbliżało w obu grupach schorzeń poziom chloru do poziomu prawidłowego. U królików podawanie wyciągu gruczołu tarczykowego wywoływało nieznaczny wzrost poziomu chloru w ciałkach czerwonych i w osoczu.

Autor sądzi, że te zmiany poziomu chloru we krwi nie są wyrazem zmian w nawodnieniu ustroju, lecz przypuszcza, że chodzi tu o zmienioną zdolność wiązania go przez koloidy.

Ponieważ jednak zmiany te są bardzo niewielkie, nie przypisuje im autor żadnego znaczenia w rozpoznaniu. Nie wymagają one specjalnego postępowania leczniczego.

F. Rathauser (Lwów).

Pierwotna trombocytemia. R. A. ROWLANDS i J. M. VAIZEY. The Lancet, str. 1217, 1938.

Trombocytemia (wzrost trombocytów we krwi) może być pierwotna lub wtórna. Wzrost trombocytów we krwi stwierdza się po krwawieniach, w połogu, w ostrych schorzeniach (gościec), w przewlekłych schorzeniach (choroba Hodgkinsa, gruźlica, czerwienica), po ciężkich uszkodzeniach ciała (złamania kości) i po wycięciu śledziony. W powyższych stanach wzrost trombocytów nie jest zazwyczaj stały, ani wybitny, rzadko prze-

kracza 1.000.000 w 1 mm³. Jedynie po wycięciu śledziony, w czerwienicy i białaczce szpikowej jest on stały i wybitny, dochodząc do 2.000.000 w 1 mm³.

Autorowie opisują 2 przypadki pierwotnej trombocytemii. Pierwszy przypadek dotyczył chorego lat 59, który od kilku lat cierpi na silne bóle w jamie brzusznej, pojawiające się od czasu do czasu. U chorego stwierdzono wybitne zmiany skórne, bolesne zmiany na błonach śluzowych jamy ustnej, rozrzedzenie kości i ciężką niedokrwistość (c. czerw. 2,800.000, c. b. 8.600, Sahli 28%, wskaźnik 0.5). Ilość trombocytów wybitnie zwiększona, dochodząc do 1,900.000 w 1 mm³. Z badań dodatkowych zwraca uwagę wielka ilość tłuszczu w stolcu, rozrzedzenie kości, przebiegające z wybitnie ujemnym bilansem wapniowym, dodatnia próba z witaminą C, wskazująca na jej niedostatek w ustroju. Po leczeniu żelazem i witaminami stan ogólny się poprawił, lecz poziom trombocytów nie opadł poniżej 648.000. W przypadku drugim, dotyczącym chorej lat 40, stwierdzono zwiększoną ilość ciałek czerwonych (5,700.000—6,500.000), białych (12.000—18.400), hemoglobiny (102—120%) oraz trombocytów (1.820.000). Śledziona powiększona do pępka. Ciśnienie krwi podwyższone (190 mm Hg). Obraz kliniczny zupełnie odmienny: ataki duszności, połączone z sinicą i krwiopluciem, obrzękiem kończyn i powiek. Upusty krwi i leczenie salyrganem dawało poprawę stanu ogólnego, bez wpływu na obraz krwi.

Wł. Elmer (Lwów).

Leczenie meningitis meningococcica preparatem M. i B. 693 (2-sulfanilyl-amidopirydyna). F. G. HOBSON i D. H. G. MAC QUAIDE. The Lancet. Str. 1213, 1938.

Autorowie stosowali domięśniowo lub doustnie preparat M. i B. 693 w 6 przypadkach *meningitis meningococcica* z korzystnym wynikiem. Objawy uboczne były nieznaczne. Poprawa szybka. *Wł. Elmer* (Lwów).

Prawdziwa oksycefalia. J. HOWKINS i D. JEFFERISS. The Lancet. Str. 1226, 1938.

Opis przypadku oksycefalii u noworodka.

Wł. Elmer (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce

Choroby narządów wewnętrznych a zmiany w kręgosłupie. KRAJEWSKI FR. Lekarz Wojskowy. T. XXXI. Nr 1, 1938.

Autor przedstawia kilkanaście przypadków ze zmianami w kręgosłupie, które skierowywano na oddział chorób wewnętrznych z objawami schorzeń narządów wewnętrznych. Podkreśla również trudność rozpoznania chorób kręgosłupa, w których większość objawów odpowiada zmianom narządów wewnętrznych. Dopiero dokładniejsze badania radiologiczne wykrywają przyczynę choroby umiejscowioną w kręgosłupie. W przedstawionych 30 przypadkach ze zmianami w kręgosłupie, zaledwie w 4 znaleziono zmiany narządów jamy brzusznej, w 3 przypadkach zapalenie nerwów kulszowych, w innych jeszcze różne nieprawidłowości lub cierpienia, które jednak nie miały bezpośredniego związku z podstawową chorobą (nadczynność tarczycy, niedokrwistość, gruźlica płuc, zaburzenia czynnościowe serca itp.). W końcu pracy wspomina autor o typowych punktach bolesnych okolicy kręgosłupa, które, jakkolwiek nie uzyskały jeszcze obywatelstwa w diagnostyce różniczkowej, uważane są przez pewnych autorów za charakterystyczne dla wielu chorób wewnętrznych, czasami mających związek z kręgosłupem.

J. Lankosz (Lwów).

Przetaczanie krwi na froncie wojny domowej w Hiszpanii. SOKOŁOWSKI T. Lekarz Wojskowy. T. XXXI. Nr 2, 1938.

Referent podaje w skrócie pracę autora hiszpańskiego Fr. Duran-Jorda pt. „Służba przetaczania krwi na froncie". Na podstawie tej pracy dochodzi referent do następujących wniosków: używanie krwi konserwowanej na froncie w Hiszpanii wykazało w zupełności jego celowość i możliwość. Do przetaczania najlepiej nadaje się krew grupy O, ponieważ unika się wszelkich trudności organizacyjnych i technicznych w warunkach polowych. W czasie wojny koniecznym byłoby stworzenie „służby przetaczania krwi", przez utworzenie ruchomych pracowni konserwowania krwi oraz dostarczania dawców.

J. Lankosz (Lwów).

Przyczynek do leczenia zaparć płukaniem jelit metodą Broscha. SADOWSKI C. Lekarz Wojskowy. T. XXXI. Nr 2, 1938.

Autor omawia znaczenie i technikę płukania jelit metodą Broscha, przy zaparciach tak wiotkich, jak i kurczowych. Opisuje 3 typy przyrządów do płukania jelit: 1) oryginalny Broscha tzw. Su-Da-Bad z metalową kanką osadzoną na ruchomym kolanku w siodełku wraz z rurą odpływową, która zostaje umocowana w odbytnicy pasami, 2) zmodyfikowany typ, różniący się tym, że siodełko, kanka i rura odpływowa są zawieszone na gumowych pasach i wannie, a chory siada na siodełko wprowadzając kankę do odbytnicy, ciężarem swoim uszczelniając rurę odpływową, 3) typ Borosiniego polegający na płukaniu nie w wannie, lecz na stole podobnym do ginekologicznego. Działanie aparatu jest podwójne, polega na płukaniu i wysysaniu, co stwarza gimnastykę jelit, przy czym największe znaczenie posiada czynność ssania. Autor przedstawia kilka charakterystycznych przypadków leczonych wspomnianą metodą.

J. Lankosz (Lwów).

Cztery przypadki bakteriemii duru brzusznego. ŻABICKI ST. Lekarz Wojskowy. T. XXXI. Nr 2, 1938.

Pierwszy przypadek dotyczył junaka, u którego posiew krwi wykazał laseczki typu Ebertha oraz pneumokoki. Przebieg choroby o tyle godny uwagi, że nie dawał żadnych objawów zapalnych, czy nieżytowych w drogach oddechowych.

Drugi przypadek duru rzekomego A z obecnością bakteriemii rzekomo-błoniczej miał przebieg lekki. W trzecim przypadku typowego duru brzusznego o łagodnym przebiegu bez powikłań, zasługuje na uwagę fakt, że towarzysząca posocznica paciorkowcowa nie wywołała żadnych ognisk zapalnych w organizmie. Ostatni przypadek zakończony zejściem śmiertelnym przedstawia obraz zakażenia mieszanego laseczką Ebertha, paciorkowcem hemolitycznym oraz swoistymi i złośliwymi beztlenowcami. *J. Lankosz* (Lwów).

Urazy kończyny górnej. CISZKIEWICZ. H. Lekarz Wojskowy. T. XXXI. Nr 3, 1938.

Autor przytacza statystykę pracy w ciągu roku w Instytucie Chirurgii Urazowej. Obejmuje ona 1941 przypadków leczonych w szpitalu i ambulatoryjnie, a dotyczy złamań, zwichnięć i stłuczeń kończyny górnej. W krótkości przedstawia również metody leczenia uszkodzeń kończyny górnej, stosowane w Instytucie. *J. Lankosz* (Lwów).

O wpływie powietrza jednobiegunowo zjonizowanego na ustrój ludzki. MARYNOWSKI Z. Lekarz Wojskowy. T. XXXI. Nr 4, 1938.

Po krótkim fachowym przedstawieniu prac dotyczących sztucznej jonizacji powietrza, zbiera autor wyniki uzyskane z badań wpływu ujemnie zjonizowanego powietrza u ludzi chorych i zdrowych. U zdrowych ujemnie zjonizowane powietrze powoduje obniżenie ciśnienia krwi, zwolnienie tętna, zmniejszenie liczby oddechów, zwolnienie opadania krwi (O. B.), a zwiększenie wrażliwości nerwów obwodowych, ilości czerwonych ciałek krwi, katalazy i poziomu hemoglobiny. Ujemne jony mają powodować wytrącanie i niszczenie ciał bakteryjnych oraz zwiększenie sił odpornościowych ustroju. U osobników wrażliwych na zmiany klimatyczne, dodatnie działanie jonów ujemnych przejawia się poprawą stanu ogólnego i samopoczucia. Ciśnienie krwi się obniża w nadciśnieniu, a u cierpiących na schorzenia gośćcowe ostre czy przewlekłe występuje wzmożony odczyn ustroju. *J. Lankosz* (Lwów).

Rola cieplicy solankowej w leczeniu schorzeń narządów ruchu i ich następstw. WOJCIECHOWSKI A. Lekarz Wojskowy. T. XXXII. Nr 3 i 4, 1938.

W dłuższym wstępie przedstawia autor najważniejsze dane z anatomii, fizjologii i patologii narządu ruchu, ujmując je w jedną zespoloną przejrzystą całość. Omawiając narząd ruchu dzieli go autor na część czynną, do której należą nerwy, mięśnie i naczynia oraz część bierną — stawy, więzadła, kościec z zachowaniem porządku rozwojowego odpowiadającego systemowi czynnościowemu tego narządu. Tego rodzaju ujęcie tematu jest konieczne przy leczeniu. Wszystkie schorzenia narządu ruchu mają jedną cechę: upośledzenie sprawności ruchów. Odzyskanie zdolności ruchu uniemożliwia dołączający się ból pochodzenia swoistego, bądź jako wynik zaburzeń czynnościowych i zmian anatomicznych, wzmożone napięcie mięśni, utrata zdolności regulowania ruchu i osłabienie mięśni. Ruch dosyć wcześnie podjęty przy schorzeniach narządu ruchu może być jedynym celem przywrócenia sprawności i zapobiegnięcia utworzeniu się zmian nieodwracalnych. Przedstawia również autor trudności napotykane ze strony leczonych przy uruchamianiu upośledzonych narządów. Opisuje nową metodę, zapoczątkowaną w Ameryce, a polegającą na masażu i gimnastyce narządów ruchu pod wodą, wykonywanie ruchów ciała w ciepłej wodzie (solance) szybko ułatwia odzyskanie sprawności, dzięki zmniejszeniu bólu, cię-

żaru ciała, napięcia mięśniowego, większej płynności i bezpieczeństwa ruchu, polepszenia ukrwienia itp. Do leczenia wodnego nadają się wszystkie stany pourazowe, zapalne, po uspokojeniu się ostrych objawów, przypadki operowane, a wymagające uruchomienia. Wady postawy (skoliozy, kifozy) poprawiają się szybko. W Ameryce otrzymano dobre wyniki lecznicze w chorobach: Heine-Medina, Littla, w niedowładach, w niezbornościach ruchu, w częściowych porażeniach spastycznych i wiotkich. Nie nadają się do leczenia wodnego sprawy nowotworowe, zesztywnienia kostne, całkowite porażenia. W leczeniu gruźlicy stawów, poglądy są rozbieżne, w każdym razie gruźlica czynna nie nadaje się do leczenia wodnego. Wreszcie uważa autor, że cieplica ciechocińska jest jedyną, która nadaje się do zaadaptowania urządzeń potrzebnych do stosowania tej metody leczenia. Praca ilustrowana jest licznymi przejrzystymi zdjęciami. *J. Lankosz* (Lwów).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia

O hormonie tarczycozwrotnym w ciąży. FRANCISKO BONILLA i HEINRICH KRAMANN. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 105. Z. 1.

Autorzy przeprowadzili badania dotyczące obecności hormonu tarczycozwrotnego w moczu u 30 kobiet. Materiał podzielili na 5 grup po 6 przypadków w każdej grupie. 1. Nieciężarne. 2. Zdrowe ciężarne. 3. Zdrowe położnice. 4. Wymioty niepowściągliwe u ciężarnych. 5. Stany przedrzucawkowe i rzucawka ciążowa i porodowa. Autorzy stosowali następującą metodę. Do 100 cm³ moczu dodawali 10-krotną ilość acetonu. Po 24 godzinach tworzył się osad, który przemywali starannie eterem i 96% alkoholem. Po wysuszeniu rozpuszczali osad w wodzie i wstrzykiwali morskim świnkom do jamy brzusznej. Następnie zwierzęta uśmiercano, a z ich tarczyc wykonywano szereg preparatów drobnowidowych. Badania te wykazały, że mocz kobiet pierwszych 3 grup nie wywoływał żadnych zmian anatomicznych w tarczycach zwierząt doświadczalnych, a kobiety chore na zatrucia ciążowe wydalały z moczem hormon tarczycozwrotny, który w wybitnym stopniu wpływał pobudzająco na czynność tarczycy u morskich świnek. Chociaż w moczu zdrowych ciężarnych nie udało się wykazać opisaną metodą obecności ciał tarczycozwrotnych, to jednak autorzy sądzą, że w ciąży nawet prawidłowej, ciała te są wzmożone i tym należy tłumaczyć przerost ciążowy tarczycy. W zatruciach ciążowych hormonu tego jest o wiele więcej. Być może, że wzmożona produkcja tego hormonu, jak i innych hormonów, jest bezpośrednią przyczyną zatruć ciążowych. *J. Lenczowski* (Lwów).

Pęknięcie macicy po założeniu balonu. GABOR VAJNA. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 105. Z. 1.

Opis dwóch przypadków. W pierwszym chodziło o ciążę 5-miesięczną u kobiety silnie gorączkującej. Była to wieloródka, która kilkakrotnie przechodziła wysoce patologiczne porody. Pęknięcie macicy stwierdzono w 8 godzin po założeniu balonu. Macicę usunięto drogą pochwową. W drugim przypadku (również wieloródka) poród przebiegał tak samo z wysoką ciepłotą. Celem przyśpieszenia porodu założono balon do macicy. Pęknięcie zauważono w 4 godziny po zabiegu. Wykonano nadpochwowe odjęcie macicy drogą brzuszną. Płód żywy. Obie chore wyzdrowiały. Badanie drobnowidowe usuniętych macic wykazało poważne zmiany zapalne mięśnia macicy, w których to zmianach autor dopatruje się czynnika usposabiającego do pęknięcia macicy. *J. Lenczowski* (Lwów).

Badania ciśnienia krwi sposobem Hinesa i Browna (Kalt-Test Untersuchungen) u ciężarnych, rodzących i położnic. MICHAEL BAK. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Tom 105. Z. 1.

Licząc się z niejednakową wrażliwością ośrodków naczynioruchowych na podniety termiczne u różnych ludzi, przeprowadził autor badania zmian ciśnienia krwi po zadziałaniu zimna u 100 ciężarnych, a później u tych kobiet w czasie porodu i połogu. Stosował sposób Hinesa i Browna. Okazało się, że oziębienie jednej ręki wywoływało zawsze na drugiej podwyższenie ciśnienia w granicach od 5 do 40 mm Hg i to zarówno w fazie rozkurczowej, jak i skurczowej. Zależnie od szybkości osiągnięcia najwyższej granicy podniesienia ciśnienia, jak i charakteru krzywej ciśnienia po zaprzestaniu działania zimnej kąpieli można było wszystkie ciężarne podzielić na dwie grupy. Grupa większa wykazywała przeciętnie mniejsze podniesienie ciśnienia, najwyższy punkt krzywej zaznaczał się po upływie minuty. Spadek ciśnienia po ustaniu działania zimnej kąpieli następował powoli, w ciągu 6—15 minut, nieraz po przejściu fazy ujemnej, a więc poniżej stanu pierwotnego. Czasami po fazie ujemnej parcie ponownie się podwyższało. Takich wahań w krzywej ciśnienia było nieraz kilka, zanim następowało ostateczne ustalenie poziomu przed doświadczeniem. W grupie drugiej obejmującej mniejszą ilość przypadków, podwyższenie ciśnienia było większe, niż w grupie pierwszej, a szczyt wzniesienia występował już w pół minuty po zanurzeniu ręki do zimnej wody. Powrót do stanu przed badaniem następował dość szybko, bo po upływie już dwóch minut po zaprzestaniu drażnienia cieplnego. Podczas porodu i połogu autor nie zauważył większych zmian w porównaniu ze zmianami w czasie ciąży, z wyjątkiem tego, że w ogóle ciśnienie podczas porodu było zwykle wyższe, a w połogu niższe, niż w ciąży. U 11 ciężarnych w dalszym trwaniu ciąży wystąpiły objawy zatrucia ciążowego. Chore te należały wyłącznie do grupy drugiej. Stąd wniosek, że metoda określania charakteru krzywej ciśnienia krwi po zadziałaniu czynników cieplnych może mieć zastosowanie kliniczne przy wykrywaniu skłonności do zatruć ciążowych w tych okresach, kiedy nie ma jeszcze żadnych innych klinicznych objawów. Z drugiej zaś strony badania te wskazują, że jednym z czynników, sprzyjających zatruciom ciążowym, jest wrodzona zbytnia pobudliwość ośrodków naczynioruchowych. *J. Lenczowski* (Lwów).

O tamponowaniu macicy gazą przepojoną szczepionką bulionową w lecznictwie położniczym. J. CADERAS DE KERLEAU. Rev. Fr. de Gyn. Nr 7, 1938.

Od kilku lat w przypadkach położniczych zakażonych autor tamponował macicę gazą przepojoną szczepionką bulionową. Działanie to polega na mechanicznym usuwaniu resztek z macicy oraz na wprowadzeniu immunoterapii miejscowej przez zetknięcie się szczepionki ze śluzówką macicy. Technika była następująca: we wziernikach po uprzednim przestrzyknięciu macicy surowicą izotoniczną, delikatnie wprowadzano do macicy gazę przepojoną szczepionką. Po 6 godzinach tampon usuwano. Sposób ten stosowano w przypadkach, gdy w parę dni po porodzie występowały objawy zakażenia, w późnych krwawieniach po porodzie oraz po poronieniach niezupełnych, gdy wobec zaczynającego się zakażenia skrobanie macicy było przeciwwskazane. Zabieg ten jest bardzo prosty i zdaniem autorów zasługuje na uwagę. *H. Newlińska* (Lwów).

Wyciągi z całego jajnika a okres przekwitania. W. GEISENDORF. Rev. Fr. de Gyn. Nr 8, 1938.

Mimo znacznych postępów w zakresie hormonoterapii stosowanie wyciągów z całkowitego jajnika, zdaniem autora, nie powinno być zaniechane. Dotyczy to szczególnie kobiet kastrowanych i autor zdaje sprawę ze swych badań tej sprawy. W licznych pracach wykazał on, że jajnik nie wywiera wpływu bezpośredniego na ogólne przyswajanie, lecz działa wraz z hormonami przysadki i tarczycy. Po nagłym ustaniu czynności jajników wskutek wytrzebienia, podawanie wyciągów z całkowitego jajnika wywiera pożądany skutek, gdyż dostarcza organizmowi folikulinę i luteinę w tym stosunku, w jakim się znajdowały w zniszczonym jajniku. Toteż w przypadkach wytrzebienia radzi autor zapobiegawczo podawać doustnie wyciąg z całego jajnika, w razie potrzeby nawet przez kilka miesięcy. *H. Newlińska* (Lwów).

Krwotoki we wczesnych miesiącach ciąży spowodowane niskim usadowieniem się jaja płodowego. R. LYONNET i CH. AMBRE. Rev. Fr. de Gyn. Nr 8, 1938.

Krwotoki we wczesnych miesiącach ciąży bywają czasem tak znaczne, iż mogą zagrażać życiu ciężarnej. Na podstawie badania krwi można wtedy ustalić rokowanie oraz wskazanie do dalszego postępowania. Krwotoki te występują zazwyczaj około 4 mies. ciąży, tj. w czasie, gdy doczesna zanika z nad ujścia szyi, pozostawiając obnażone kosmki. Niezawodnym środkiem wstrzymującym krwotok jest przebicie pęcherza płodowego z następującym tamponowaniem szyi macicy lub założenie balonu celem wywołania czynności porodowej. Rokowanie w przypadkach wczesnego krwawienia jest o wiele lepsze, niż w przypadkach ciąży donoszonej. Jedynym postępowaniem leczniczym usprawiedliwionym jest przerwanie ciąży. *H. Newlińska* (Lwów).

Medycyna sądowa i psychiatria

Niezwykły przypadek mazochizmu. HAZIME ASADA. Orienta Revuo. Nr 12. XIX. 1938.

W japońskim czasopiśmie esperanckim dr Hazime Asada ogłosił przypadek, który do pewnego stopnia jest przyczynkiem do poznania kultury ludności w Japonii. Sądzę, iż interesującym będzie z wielu względów i dla naszych czytelników. Przytaczam

go w dosłownym przekładzie z języka pomocniczego, którym autor władza bez zarzutu, jak większość Japończyków, piszących po esperancku, w kraju, gdzie dużo ludzi przyjęło ten język, jako porozumiewawczy.

Miałem sposobność, mówi autor, przed kilku laty, wykonać autopsję japońskiej piękności, niewiasty liczącej około 25 lat oraz badać stan umysłowy jej męża, oskarżonego o zabójstwo swej żony.

Kobieta nazwiskiem Yazukuri-Yone była służącą w domu publicznym w Josziuara, słynnym erotycznym zakątku Tokio. Mąż jej Koguczi-Suekiczi, z zawodu cieśla, zanim się pobrali, często wykonywał różne reperacje w domu, gdzie służyła jego przyszła żona. Był on brzydkiej urody, ale pilny i uczciwy pracownik. Ona była niezwykle piękna, bardzo inteligentna, gdy przeciwnie, on inteligencją nie grzeszył. Jej podobała się jego uczciwość i pracowitość. To było pobudką, że postarała się przynęcić go do spędzenia z nią nocy miłosnej. On już był żonaty i miał dziecko z kobietą brzydką, którą też, po zawarciu miłej nowej znajomości, z domu wypędził. Zakochał się w nowej towarzyszce bez pamięci, gdyż była nie tylko niezwykle piękna, lecz i wesoła, ujmująca i umiała niezwykle opanować jego zmysły. Po poznaniu go opuściła dom płatnej miłości i zamieszkała z nim jako żona w niewielkim skromnym mieszkanku. Lecz zarobki męża nie wystarczały na potrzeby nowego gniazdka. Zaczęła mu więc pomagać, sprzedając nocami słodycze w Yosziuara, odwiedzane przez licznych gości właśnie w nocnej porze. Pracowała w ten sposób do późnej nocy i musiała spać w ciągu dnia, gdy mąż był zajęty pracą zawodową. Widywali się wówczas tylko chwilami.

Mieli sublokatora we wspólnym mieszkaniu, który pracował jako posłaniec w domu publicznym i również będąc zajęty nocami, sypiał w dzień. Naturalnie łatwo doszło do bliższej znajomości pomiędzy sublokatorem a właścicielką mieszkania, o czym od dawna wiedzieli wszyscy, prócz męża. Wreszcie i on miał sposobność przekonać się o prawdzie pogłosek, które się o jego uszy obijały. Z dachu sąsiedniego domu miał możność naocznie zobaczyć, jak intruz wpakował się do łóżka żony. Natychmiast wbiegł do mieszkania i poczęstował oboje gęstymi razami kopniaków. Żona zaprzysięgła uroczyście, że już nic podobnego nigdy się nie zdarzy i na dowód wierności kazała sobie wypalić rozpalonym prętem żelaznym na plecach napis: „żona Koguczi-Suekiczi". On tego wykonać nie chciał, lecz ona tak silnie nastawała, iż w końcu ustąpił i za pomocą zagiętego końca żelaznego pogrzebacza, rozpalonego do czerwoności, napis wypalił. Ponieważ nie znał litery Cuma - żona, ona mu ją wskazała, lecz napis nie wypadł po jej myśli i dlatego kazała mu powtórzyć go raz jeszcze na lewej części pleców. Przez cały czas tej barbarzyńskiej, dobrowolnie wykonanej operacji, nawet nie wydała najmniejszego głosu bólu, tylko silnie zacisnęła usta. Niezadowolona z wyniku kazała sobie raz jeszcze wypalić napis na prawym ramieniu, tak, ażeby go sama mogła odczytać. Pomimo silnych sprzeciwów męża postawiła na swoim tak, iż musiał wykonać wszystko według jej wskazówek. Tu już wyraźnie wystąpiły objawy mazochizmu, które stale wzrastały. Kazała mu wykonywać coraz dalsze wypalania i za każdym razem kończyła wybuchem rozkosznego miłosnego szału.

Doszło do tego, że kazała mu w chwilach miłosnego szału obcinać sobie palce u rąk i nóg, na co jednak on się nie chciał zgodzić, tak, iż sama to robiła.

Powstały stąd liczne rany i owrzodzenia, które w końcu zmusiły ją do stałego pozostawania w łóżku i zupełnie uniemożliwiły możność jakiegokolwiek zarobkowania. W końcu nastąpiło ogólne zakażenie i śmierć.

Mąż został podejrzany o zabójstwo i uwięziony, ale długo i ściśle prowadzone dochodzenie wykazało zupełną jego niewinność. Wskutek długiego pozostawania w więzieniu i ciężkiej depresji moralnej, popadł biedak w gruźlicę, która żywot jego przecięła. *O. Bujwid* (Kraków).

Ruch w towarzystwach lekarskich — Zjazdy

Towarzystwo Lekarskie Krakowskie

Sprawozdanie ze zwyczajnego posiedzenia naukowego z dnia 26 października 1938 roku

Przewodniczył prof. dr Ksawery Lewkowicz

Dr Wadoń *omówił przypadek uchyłka Zenkera.*

W dyskusji prof. Lewkowicz zwrócił uwagę na opisany przez siebie przypadek rozszerzenia przełyku w przebiegu złośliwej gruźlicy zapalnej (Pol. Gaz. Lek. Nr 40. 1938). Chodziło tam wprawdzie o rozszerzenie wrzecionowate, zatem ogólne, ale ta sama przyczyna mogłaby przecież wywołać także rozszerzenie ograniczone. Przyczyną tą było mianowicie ogólne posocznicze zakażenie gruźlicze, na podłożu którego powstały zmiany w ścianach tętnic i tętniczek. Następstwem tych zmian było widocznie niedostateczne odżywienie zarówno śluzówki przełyku, gdyż pokryta ona była licznymi powierzchownymi owrzodzeniami, jak i jego mięśniówki, która uległa rozciągnięciu.

Prof. Miodoński wyraża powątpiewanie, by gruźlica mogła doprowadzić bezpośrednio do rozszerzenia przełyku, jego zdaniem, należy raczej przyjąć, że rolę tutaj musiały odegrać zaburzenia w inerwacji.

Prof. Lewkowicz wyjaśnia, że w jego przypadku nie chodziło bynajmniej o zwykłe zmiany gruźlicze, lecz o nacieczenia ropne, złożone z leukocytów zawierających liczne ziarenka kwasooporne, zatem barwiące się, jak prątki gruźlicze.

Następnie prof. Miodoński *przedstawił sprawę struma radicis linguae.*

W dyskusji w odpowiedzi drowi Szczeklikowi prelegent wyjaśnił, że nazwa tej sprawy jest niewłaściwa, gdyż *„struma"* w tych przypadkach jest właściwie odpryskiem prawidłowego utkania gruczołu tarczykowego. W leczeniu tej niewłaściwości chodzi przede wszystkim o zmniejszenie objętości gruczołu, czego jodem wywołać nie możemy, dlatego też stosowanie jodu w tych przypadkach zupełnie zarzucono.

Dr Godłowska *przedstawiła rentgenogramy wyleczonego ropnia móżdżkowego.*

Na zakończenie prof. Miodoński *wygłosił odczyt pt.: „O wartości rozpoznawczej nakłucia lędźwiowego w otorynolaryngologii".*

Prezes: *Prof. dr Ksawery Lewkowicz.*
Sekretarz: *Dr Tadeusz Nowak.*

Koło Naukowe przy Polskim Towarzystwie Społeczno-Lekarskim w Łodzi

Sprawozdanie z posiedzenia klinicznego z dnia 4 listopada 1938 roku

Kol. Cz. Mazur: *Przypadek raka krzywizny dużej żołądka.*

Kobieta, lat 60, chora rzekomo od miesiąca. Utrata łaknienia, spadek na wadze, osłabienie. Po posiłkach wymiotuje treścią kwaśną lub gorzką. Przy braku wymiotów po posiłkach odczuwa gniecenie w dołku podsercowym. Stolce zaparte, ciemne, „jakby spalone". Stan przedmiotowy: budowa prawidłowa, chora wychudzona, skóra o odcieniu ziemistym. W nadbrzuszu guz wielkości mandarynki, dość ruchomy. Bolesność uciskowa dwa palce powyżej pępka w linii środkowej. Powłoki brzuszne wiotkie, wątroba macalna na półtora palca. WR — ujemny. OB — 23', Hb — 57%, ciałek czerwonych 2,920.000, wskaźnik barwny — 1, ciałek białych 4.800, pałeczk. 7%, segment. 61%, eozynochł. 1%, limf. — 24%, mon. — 9%. Anizocytoza, poikilocytoza, polichromatofilia. Treść żołądkowa po śniadaniu próbnym o barwie normalnej, gęsta, śluzowa, papkowata. Stopień trawienia skrobi — II, kwasota ogólna — 30°, wolny kwas solny — 15°, krew utajona nieobecna. Drobnowidowo: ziarna skrobi, drożdże, śluz i nieliczne kulki tłuszczu. Rtg.: w obrębie dolnego odcinka trzonu oraz okolicy przyodźwiernikowej żołądka ubytki fałdów śluzówki. Żołądek opadnięty zawiera na czczo dużą ilość płynu. Sztywność ścian dolnego odcinka żołądka *(ca. ventriculi).* Podczas zabiegu operacyjnego stwierdzono guz nowotworowy w okolicy przyodźwiernikowej, okrężnie obejmujący część przyodźwiernikową żołądka, zrośnięty na niewielkiej przestrzeni z krezką poprzecznicy. Większa część tego guza w obrębie krzywizny dużej. Po odcięciu części krezki poprzecznicy, gdzie stwierdzono przerzuty nowotworowe, wykonano resekcję żołądka wg Reichel-Polya. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Badanie histo-patologiczne: *adenocarcinoma,* w gruczole chłonnym przerzuty rakowe.

Kol. A. Janik: *Przypadek nowotworu wnęki płucnej z przerzutem do trzonu kręgu szyjnego.*

M. K., 47-letni mężczyzna, w kwietniu br. począł odczuwać silne bóle między łopatkami; miewał podniesioną ciepłotę do 38°, stracił apetyt, schudł. W ostatnich tygodniach bóle się wzmogły, poza tym zaczął chory odczuwać znaczne osłabienie w rękach. W ciągu 2 tygodni pobytu w szpitalu stwierdziliśmy w płucach: w lewej okolicy podobojczykowej i przykręgosłupowej szmery oddechowe zaostrzone oraz przytłumienie odgłosu opukowego; podczas badania napady kaszlu. Stan ogólny podupadły, stany podgorączkowe. Bolesność uciskowa V i VI

kręgu szyjnego. Mięśnie kończyn górnych wyraźnie zanikłe, podnoszenie czynne ramion tylko do poziomu przy zachowanej sile uścisku dłoni, zaburzenia czucia na bocznych powierzchniach ramion. Rtg.: częściowe zniszczenie trzonu kręgu C_5. Nieregularny wysycony cień przy lewej wnęce płucnej, wielkości 10-złotówki. OB — 54, WR — ujemny, badanie krwi zmian nie wykazało. Stosowanie preparatów salicylowych i podobnych ulgi choremu nie przyniosło, podobnie, jak ustalenie kręgosłupa szyjnego w krawacie gipsowym. Chory nie śpi, nadal chudnie. Rozpoznanie różniczkowe: 1) gruźlica kręgu oraz znaczne powiększenie gruźliczego gruczołu przywnękowego, 2) nowotwór złośliwy wnęki oraz przerzut do trzonu kręgu. Przebieg schorzenia przemawia raczej za nowotworem. Rokowanie złe. Zastosowano naświetlanie promieniami Roentgena. (Po dalszych 2 tygodniach chorego wypisano ze szpitala w stanie ciężkim na żądanie rodziny).

Przypadek mięsaka Ewinga. O. J., 60-letni mężczyzna, w lipcu br. zauważył zgrubienie szczęki dolnej i lewego obojczyka. Ogólnie czuł się dobrze. Zgrubienie obojczyka dość szybko wzrastało, nie sprawiając choremu dolegliwości. Podczas pierwszego pobytu chorego w szpitalu stwierdzono zgrubienie obwodowej części obojczyka i stawu mostkowo-obojczykowego lewego, niebolesne, staw wyraźnie rozluźniony, charakterystyczne trzeszczenie podczas ruchów obojczyka. Podejrzewano wówczas sprawę kiłową, jednak ujemny odczyn WR i badanie neurologiczne podejrzenie to usunęło tym bardziej, że próbne badanie drobnowidowe guza wykazało utkanie włókniaka. Chory opuścił szpital. Po 4 tygodniach zauważył już liczne guzki na całym ciele; przy upadku złamał prawe ramię. Podczas drugiego pobytu w szpitalu stwierdziliśmy: złamanie patologiczne kości ramieniowej prawej, w szkielecie kostnym liczne, ostro odgraniczone rozrzedzenia struktury kostnej. Ponowne badanie drobnowidowe wykazuje mięsaka Ewinga.

Nowotwór ten opisany po raz pierwszy w r. 1920 rozwija się z siateczki szpiku kostnego, nie tak, jak szpiczak, który chętnie zajmuje trzony. Pobieranie wycinków próbnych przyczynia się do rozsiania przerzutów (nakłucie!). Przy wczesnym rozpoznaniu mięsaka Ewinga kończyny można chorego uratować tylko przez odjęcie tej kończyny. W naszym przypadku ognisko pierwotne tkwiło najprawdopodobniej w przyśrodkowej części obojczyka, a pierwszy guzek na szczęce, który chory zauważył, był już przypuszczalnie przerzutem.

Wł. Dzierżyński: ***Przypadek raka przerzutowego mózgu z sutka.***

Chora lat 63. Rok temu usunięcie lewej piersi z powodu guza sutka, który powiększał się od roku. Od miesiąca stopniowo rozwija się niedowład prawych kończyn, który ostatnio przeszedł w prawie całkowity bezwład. Przed 10 dniami miała napad skurczów kloniczno-tonicznych prawej kończyny dolnej połączonych z silnymi bólami; napad trwał około 10 minut i nie był połączony z utratą przytomności. Badanie obecnie wykazuje: brak gruczołu piersiowego po operacji. Brak powiększenia gruczołów chłonnych i zmian jawnych w narządach wewnętrznych. Rozszerzenie lewej wnęki płuc na rentgenogramie. Brak zmian rentgenologicznych w kościach czaszki i kręgosłupa. Źrenice, dno oczu i czynności nerwów czaszkowych bez zmian. Prawie całkowity bezwład spastyczny prawych kończyn. Bóle w okolicy prawego stawu kolanowego. Odruchy: kończyny górnej prawej żywsze; brzusznych brak, kolanowy prawy żywszy; achillesowe normalne, klonus prawej stopy, krótkotrwały lewy, po stronie lewej odruch Babińskiego. Brak bólów głowy, wymiotów i zaburzeń psychicznych. Płyn mózgowo-rdzeniowy bez zmian.

Mimo braku objawów ogólnych mózgowych, wskazujących na nowotwór mózgu oraz braku zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym rozpoznajemy u chorej przerzuty raka do mózgu, gdyż za tym rozpoznaniem przemawiają: stwierdzony przed rokiem histologicznie rak sutka piersiowego, stopniowy rozwój niedowładu połowiczego bez udziału nerwów czaszkowych, napad padaczki korowej w prawej kończynie dolnej oraz objawy piramidowe po drugiej stronie. Przerzuty rakowe do mózgu przeważnie bywają mnogie.

Na 260 sekcyj zmarłych na Oddziale Nerwowym w 45 przypadkach stwierdzono nowotwory mózgu, z czego w ośmiu przypadkach były przerzuty raka, mianowicie w pięciu oskrzelowego, w dwóch z żołądka, w jednym z piersi. Z ośmiu przypadków raka przerzutowego w siedmiu były mnogie przerzuty pod postacią większych lub mniejszych guzków, a w jednym stwierdzono rozlaną rakowatość opon miękkich.

Kol. M. Krzemiński: ***Przypadek rakowatości wtórnej opon miękkich w przebiegu pierwotnego raka żołądka.*** (Pokaz preparatów histologicznych i omówienie).

Nowotwory opon miękkich są cierpieniem rzadkim i sprawiają znaczne trudności rozpoznawcze. Badanie anatomopatologiczne wykonane na Oddziale Nerwowym tut. Szpitala potwierdziło, że wśród 48 guzów mózgu były 2 przypadki wtórnych nowotworów opon miękkich. Przypadek I rozpoznawano klinicznie jako gruźlicze zapalenie opon mózgowych, a badanie histologiczne wykazało wtórną glejakowatość pod postacią rozlaną, której punktem wyjścia był pierwotny guz glejakowaty mózgu. W omawianym obecnie przypadku rozpoznano przewlekłe zapalenie opon mózgowych o etiologii nieznanej. Pośmiertne badania wykazały pierwotnego raka żołądka i wtórną rakowatość rozlaną opon mózgowych. Przebieg w tym przypadku był szybki. Podmiotowych dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego nie było. Stwierdzono obecność objawów oponowych i niedowładów nerwu III i VII po stronie lewej. Ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego 800. Stwierdzono w płynie obecność komórek nabłonkowych i śródbłonkowych o charakterze nowotworu. Odruchy kolanowe i ze ścięgna Achillesa były zniesione, co ma charakteryzować raka opon mózgowych. Opony miękkie na podstawie mózgu i w rowkach Sylwiusza były zmętniałe; komory mózgu nieznacznie rozszerzone. Mikroskopowo opony mózgowe i rdzenia a częściowo także sploty naczyniaste były rozlanie nacieczone komórkami nowotworowymi o cechach nabłonkowych. Miejscami zmiany te przypominały utkanie pierwotnego guza. Gdzieniegdzie komórki rakowate wnikały wzdłuż naczyń krwionośnych do kory. Spotykano także w obrębie naczynia krwionośnego i w świetle kanału centralnego czopy komórek rakowatych. Miejscami w oponach mózgowych widać było odczyn pod postacią skąpego nacieku limfocytarnego i leukocytarnego. Najczęstszą postacią nowotworu opon jest glejak, zwykle wtórny, wyjątkowo pierwotny, a następnie mięsak również zwykle wtórny. Pierwotna postać jest możliwa, choć dotychczas w piśmiennictwie nie opisywana. Najmniej liczną grupą jest rak opon mózgowych, prawie zawsze wtórny. Rak macicy, jak dotychczas, nie spowodował wtórnego raka opon mózgowych. Zespoły kliniczne, pod jakimi przebiegają nowotwory opon mózgowych są trudne do rozpoznania, niemniej jednak jest to możliwe.

Przewodniczący Koła: *Wł. Dzierżyński.*
Sekretarz Koła: *T. Chmielewski.*

Posiedzenie z dnia 24 listopada 1938 r. poświęcone pamięci Marii Skłodowskiej-Curie z okazji 40-letniej rocznicy odkrycia radu

Słowo wstępne wygłosił prof. dr Wł. Dzierżyński.

Dr M. Welfe przedstawił życiorys Marii Skłodowskiej-Curie i omówił rozwój radioterapii do ostatniej chwili.

Przewodniczący Koła: *Wł. Dzierżyński.*
Sekretarz Koła: *T. Chmielewski.*

Towarzystwo Lekarskie w Toruniu

Protokół wspólnego posiedzenia naukowego z Sekcją Sanitarną T. W. W. z dnia 13 października 1938 r. w sali wykładowej Szpitala Miejskiego

1. Przewodniczy prezes dr Dandelski, który na wstępie w serdecznych słowach wita miłego gościa i głównego prelegenta dzisiejszego posiedzenia prof. dra Jonschera z Poznania. Prof. Jonscher nie szczędził trudu przybycia do Torunia dla zainaugurowania swym odczytem posiedzeń naukowych Towarzystwa w semestrze zimowym i za to prezes imieniem całego Towarzystwa składa prof. Jonscherowi wyrazy serdecznej podzięki.

2. Prof. dr Jonscher dziękuje Towarzystwu Lekarskiemu za zaszczycenie go zaproszeniem do wygłoszenia odczytu na dzisiejszym posiedzeniu. Poza tym prof. Jonscher zwrócił się z gorącym apelem i zaproszeniem w imieniu redakcji „Nowin Lekarskich" do wszystkich zebranych kolegów, aby przybyli na obchód jubileuszowy „Nowin Lekarskich" w dniu 26. XI. br. w Poznaniu.

3. Prof. dr Jonscher *wygłosił odczyt pt.: „Bóle brzucha u dzieci".*

Wygłoszony odczyt wywołał ożywioną dyskusję, w której zabierali głos koledzy różnych specjalności, podając spostrzeżenia z własnej praktyki w nawiązaniu do tematu omówionego przez prelegenta.

W dyskusji zabierali głos koledzy Korczakowski, Skowroński, Berdziejówna, Kowalski, Rudke i Dandelski.

Na poruszone w dyskusji tematy i pytania odpowiedział prelegent.

4. Z pokazów przypadków ze Szpitala Miejskiego kol. Turyna *przedstawił chorą, lat 52, u której usunął operacyjnie macicę wraz z przydatkami z powodu pierwotnej promienicy wnętrza trzonu macicy*, rozpoznanej uprzednio badaniami klinicznymi, badaniem histologicznym i bakteriologicznym. Cierpienie to dotyczyło chorej, u której nie stwierdzono poza tym zmian chorobowych ginekologicznych i w innych narządach. Zakażenie nastąpiło niewątpliwie od zewnątrz przez drogi rodne. Przypadek ten ze względu na rzadkość cierpienia, jakim jest pierwotna promienica macicy, stanowi niecodzienną rewelację dla piśmiennictwa lekarskiego i dlatego zostanie ogłoszony. Operacja wykonana w tym przypadku dała całkowite wyleczenie.

Kol. Sobek *przedstawia zwłoki noworodka po 7 godzinach życia, zmarłego z powodu rzekomej przepukliny przeponowej lewostronnej wrodzonej*. Lewa jama opłucnowa wypełniona była całkowicie całym przewodem pokarmowym, serce przesunięte na stronę prawą, lewe płuco na skutek ucisku doprowadzone do całkowitej niedodmy.

Kol. dr Dandelski *przedstawia:*

a) *Przypadek osteomyelitis acuta z rentgenogramami*, z których pierwszy rentgenogram wykonany w początku choroby, nie wykazuje żadnych zmian chorobowych, a drugi rentgenogram wykonany w 2 miesiące potem wykazuje całkowitą martwicę kości strzałkowej.

b) *dwa przypadki ostitis fibrosa*, z których jeden dotyczył dziecka, u którego to cierpienie powstało w kości ramieniowej i wywołało złamanie samoistne. Przypadek drugi dotyczył osobnika dorosłego, u którego stwierdzono guz wielkości jabłka w dolnej części kości łokciowej. Histologicznie stwierdzono *ostitis fibrosa* i wobec tego usunięto tę część kości łokciowej, a ubytek zastąpiono przeszczepem górnej części kości strzałkowej.

d) *przypadek mięsaka kości udowej z wielką jamą rozpadową w tkankach otaczających*. Leczenie polegało na odcięciu wysokim kości udowej. Prelegent podał nadto przebieg kliniczny, patogenezę i leczenie wszystkich omawianych przypadków.

Prezes: *Dr Dandelski.*
Sekretarz: *Dr Turyna.*

Protokół wspólnego posiedzenia naukowego z Sekcją Sanitarną T. W. W. z dnia 10 listopada 1938 r. w sali wykładowej Szpitala Miejskiego w Toruniu

Przewodniczy prezes dr Dandelski, który po otwarciu posiedzenia powitał gości przybyłych na posiedzenie z Bydgoszczy, to jest dra Dziembowskiego jako prelegenta dzisiejszego zebrania i dra Niedźwieckiego jako gościa.

1. Ppłk. dr Korczakowski ze Szpitala Okręgowego w Toruniu *przedstawia chorego, u którego wykonał resekcję żołądka z powodu wrzodu dwunastnicy według metody i wskazań podanych jeszcze w r. 1918 przez Finsterera*. Wynik operacji dobry.

2. Kol. Komczyński (z Oddziału Szpitala Miejskiego) *przedstawia:*

I) *Przypadek tężca z zejściem pomyślnym dzięki dożylnemu podawaniu surowicy przeciwtężcowej w dużej ilości.*

Przedstawiono kobietę, lat 48, chorą na tężec, której ogółem podano 440.000 jednostek surowicy przeciwtężcowej, z czego 255.000 jednostek dożylnie bez jakichkolwiek szkodliwych następstw. Chora przebywała w szpitalu 16 dni, w ciągu których została wyleczona. Chorej podawano jednorazowo dożylnie do 50.000 jednostek surowicy bez wstrząsu i jakichkolwiek innych ubocznych następstw.

II) *Przypadek zapalenia opon mózgowych wywołanego przez paciorkowce, wyleczony podawaniem antistreptyny do kanału rdzeniowego.*

Przedstawiono kobietę, lat 25, u której stwierdzono zapalenie opon mózgowych wywołane przez paciorkowce. Zastosowano u niej, obok antistreptyny podawanej dożylnie i doustnie, antistreptynę do kanału rdzeniowego. Działanie bakteriobójcze preparatu uwidoczniło się poprawą stanu ogólnego i w badaniach bakteriologicznych. Mianowicie po wstrzyknięciu do kanału antistreptyny nie wyrosły już na pożywce paciorkowce, a w preparacie barwionym bezpośrednim, widoczne były ich postacie zwyrodniałe. Chora po 23 dniach opuściła szpital wyleczona.

3. Kol. Zaporowski (z Oddziału Ginekologicznego Szpitala Miejskiego) *przedstawia chorą, lat 62, u której wykonano przed kilkunastu dniami operację z powodu torbielako-gruczolaka międzyblaszkowego wielokomorowego olbrzymich rozmiarów.* Waga guza około 15 kg. Chorą przywieziono na Oddział w bardzo ciężkim stanie, tętno około 150 na minutę, nierówne, oddech powierzchowny, utrudniony, daleko posunięte wyniszczenie, niedokrwistość itp. W tych warunkach wynik operacji był wielce problematyczny, tym bardziej, że dane kliniczne przemawiały za rakowym zwyrodnieniem guza. Jednak pomimo tych trudności po uzyskaniu zgody chorej a właściwie jej rodziny wykonano operację, w czasie której usunięto całkowicie guz z trzonem macicy nadpochwowo odciętym i przydatkami strony drugiej, po wypuszczeniu wolnego płynu z jamy otrzewnowej w ilości około 1 litra. Chora zabieg zniosła dobrze, a badanie histologiczne guza nie wykazało zmian rakowych.

W dyskusji nad przedstawionymi przypadkami zabierali głos koledzy Sobek, Korczakowski i Konkolewski.

4. Dr Dziembowski (z Bydgoszczy) *wygłosił odczyt pt.: „Nowe zagadnienia w chirurgii"* (streszczenia nie nadesłano).

W dyskusji zabierali głos kol. Korczakowski i Kowalski.

Kol. Turyna zgłasza następujący wniosek i prosi o jego przyjęcie: W bieżącym miesiącu przypada 50-lecie nieprzerwanego wydawnictwa „Nowin Lekarskich". W związku z tym na 26. bm. przypadają uroczystości obchodu Złotego Jubileuszu „Nowin Lekarskich" i Wydziału Lekarskiego Pozn. Tow. Przyj. Nauk, które w okresie niewoli — przez 30 lat z pełnym zrozumieniem swego posłannictwa dziejowego i kulturalnego dla ówczesnych i przyszłych pokoleń, pełniły swe trudne zadanie, przeciwstawiając się z konsekwentnym uporem temu wszystkiemu, co było obcym naszej rodzimej nauce i kulturze lekarskiej. Po odzyskaniu zaś niepodległości „Nowiny Lekarskie" jako organ prasowy nauki lekarskiej, zaprawiony do żmudnej i trudnej pracy, pełni szczytnie swe zadanie w myśl wzniosłych wskazań swych założycieli. Towarzystwo Lekarskie w Toruniu w zrozumieniu tych zasług i pracy dla polskiego ducha i czystości polskiej kultury lekarskiej, jak również celem wyrażenia hołdu tym wszystkim, którym polski świat naukowy tę niecodzienną chwilę zawdzięcza, postanawia wziąć oficjalny udział w uroczystościach jubileuszowych w dniu 26. b. m. Wniosek przyjęto jednogłośnie.

W końcu na wniosek kol. Turyny wybrano komitet spośród członków Tow. Lekarskiego, który zajmie się zainicjowaniem uroczystości i imprez propagandowych i odczytów w „Tygodniu Przeciwrakowym w Polsce", który rozpoczyna się dnia 23 b. m. jako część składowa Międzynarodowego Tygodnia Przeciwrakowego. Do Komitetu weszli dr Bruniewska, Świnarski, Betlejewski, Konkolewski i Dębski.

Prezes: *Dr Dandelski.*
Sekretarz: *Dr Turyna.*

Protokół nadzwyczajnego posiedzenia naukowego z dnia 30 listopada 1938 roku

W związku z Tygodniem Przeciwrakowym w Polsce odbyło się dnia 30 listopada 1938 r. uroczyste posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego w Toruniu w sali posiedzeń Starostwa Krajowego.

Obok członków Towarzystwa Lekarskiego w uroczystości wzięli udział przedstawiciele władz i społeczeństwa oraz zaproszeni goście.

1. Prezes dr Dandelski, otwierając posiedzenie, oficjalnie powitał p. Wojewodę Raczkiewicza, przedstawicieli duchowieństwa, wojska, władz samorządowych i przybyłych gości.

W przemówieniu swym podkreślił ważność akcji przeciwrakowej nie tylko w Polsce, ale w całym świecie i zaznaczył, że Tow. Lekarskie w Toruniu, dając wyraz ważności i aktualności zagadnienia walki z rakiem, zwołało dzisiejsze uroczyste posiedzenie.

2. Kol. dr Bruniewska *wygłosiła „Odczyt propagandowy o raku"*. W zakończeniu odczytu w krótkości przedstawiła biografię Marii Curie-Skłodowskiej, oddając hołd Wielkiej Uczonej Polce, której ludzkość, dzięki odkryciu przez Nią radu, tak wiele zawdzięcza.

Prezes: *Dr Dandelski.*
Sekretarz: *Dr Turyna.*

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 15 grudnia 1938 roku w sali wykładowej Szpitala Miejskiego

Prezes, otwierając posiedzenie, powitał gości z Bydgoszczy kol. Włodarczyka i Kubego.

1. Sekretarz odczytał protokoły z trzech ostatnich posiedzeń, które bez poprawek przyjęto.

2. Pokazy ze Szpitala Miejskiego: Kol. Maćkowski (z Oddziału Wewnętrznego) *przedstawił rentgenogramy i opis przypadku, w którym stwierdzono situs viscerum inversus.*

3. Kol. Myszka *przedstawia przebieg błonicy u chorej 49-letniej z objawami zgorzelinowego zapalenia migdałka.* Po zastosowaniu surowicy swoistej w ilości 117.000 jednostek i dwukrotnym przetoczeniu krwi, razem w ilości 1000 cm³, zastosowano nagrzewania szyi krótkofalową diatermią, miejscowe zabiegi odkażające gardło w postaci pędzlowań i podano w dużych ilościach witaminę C. W przebiegu choroby po oddzieleniu się całkowicie martwiczego prawego migdałka i częściowo podniebienia miękkiego nastąpiło powolne oczyszczanie się rany, a w miejscu oddzielonych tkanek, sięgających aż do połowy *hypopharynx*, wytworzyło się wgłębienie. Sprawa skończyła się pomyślnie, co należy do rzadkości, gdyż śmiertelność po błonicy zgorzelinowej jest bardzo wysoka.

4. Kol. Kordylewska *przedstawiła rentgenogramy kilku przypadków nowotworów złośliwych płuc, omawiając przy tym etiologię i przebieg kliniczny tych chorych.*

5. Kol. Sobek (z Oddz. Ginekologicznego) w ramach referatu dyskusyjnego na temat *„Granice położnictwa szpitalnego i domowego"* omówił na podstawie piśmiennictwa obcego i materiału Oddz. Położn. tut. Szpitala Miejskiego wskazanie względne i bezwzględne dla porodów, mających się odbyć w Szpitalu. Referent dochodzi do wniosku, że jedyną drogą, która prowadzi do zmniejszenia śmiertelności matek i dzieci lub ciężkich powikłań porodowych i połogowych jest zmniejszenie liczby porodów w domu na korzyść porodów odbywanych w szpitalu.

6. Kol. Turyna (z Oddz. Ginekologicznego) *przedstawił nerki wyjęte na sekcji zwłok kobiety 30-letniej, zmarłej przed kilku dniami z powodu pyelo-nephritis gravidarum w 8. m. ks. ciąży.* Nerki przedstawione obrazują zmiany daleko posuniętego zniszczenia miąższu nerkowego po przejściu ropienia z miedniczek na miąższ nerkowy. Omawiany przypadek i stopień zmian, które doprowadziły do zejścia śmiertelnego jest przestrogą, że nie należy lekceważyć nawet banalnie przebiegającego zapalenia miedniczek nerkowych w ciąży, ponieważ nigdy nie wiemy, kiedy zmiany chorobowe wywołają nieodwracalne zniszczenie tkanki nerkowej. Przypadek ten został zbyt późno przekazany do leczenia szpitalnego; nawet natychmiastowe spowodowanie porodu i rozwiązanie ciężarnej środkami farmakologicznymi w sposób najbardziej oszczędny i energiczne leczenie nie uratowało już chorej.

W dyskusji nad wszystkimi pokazami zabierali głos kol. Świnarski, Kowalski, Konkolewski, Dandelski, Betlejewski, Sobek, Rudke, Turyna i Błeńska.

Kol. Konkolewski *wygłosił odczyt pt. „Zarys elektrokardiografii i jej praktyczne znaczenie".* Odczyt był ilustrowany krzywymi elektrokardiograficznymi chorych leczonych na Oddziale Wewnętrznym.

W dyskusji zabierała głos kol. Błeńska.

Prezes: *Dr Dandelski.*
Sekretarz: *Dr Turyna.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 10 maja 1938 roku

1. Prof. Ivar Broman *wygłasza odczyt pt.: „Die postembryonale Lungenentwicklung und ihre praktische Bedeutung".*

2. Kol. Józef Wacław Grott (czł T-wa) *wygłasza odczyt pt.: „O skuteczności leczenia lambliazy atebriną".* (Streszczenie własne).

Praca niniejsza stanowi pierwszą część badań dotyczących leczenia lambliazy związkami akrydyny. Podano w niej wyniki stosowania atebryny u 10 osób zakażonych wielkoúśćcem jelitowym. Lek podawano doustnie w ciągu 5 dni 3 razy dziennie po 0,1 g. Chorzy znosili dobrze ten lek, uskarżali się tylko na większe lub mniejsze żółte zabarwienie powłok. Tylko jeden chory przerwał leczenie tuż przed jego ukończeniem z powodu złego samopoczucia i odmówił dalszych badań.

Kontrolę leczenia uskuteczniano za pomocą okresowego zgłębnikowania dwunastnicy (62 razy u 9 osób). Zarówno natychmiast po ukończeniu leczenia (3 osoby), jak i w okresie pomiędzy 7 i 14. dniem (9 osób), ani razu nie wykazano pasożytów w treści dwunastniczej. Nawrót cierpienia nastąpił u 2 osób (nr 2 — po 32 dniach i nr 5 po I leczeniu w 34 dni, po II w 37, a po III w 28 dni). Po jednym leczeniu atebriną udało się uzyskać trwałe wyleczenie (2½ do 4 m.) u 3 osób, u jednej po dwóch kolejnych leczeniach uzyskano wyleczenie, trwające 7 miesięcy, a po trzech leczeniach dwie osoby były wolne od pasożytów po 3 i 5 miesiącach.

Ponieważ jeden chory odmówił poddania się dalszej kontroli, u dwóch sondowanie wykonano tylko w ciągu pierwszych dwóch tygodni, a jeden jest w leczeniu z powodu trzeciego nawrotu, przeto można uważać, iż rzeczywiście wyleczenie osiągnięto u 6 osób na 7 dostatecznie skontrolowanych.

Na podstawie powyższego wnioskować można, iż:

a) atebrinę należy uważać za najskuteczniejszy ze znanych dotąd środków stosowanych dla zwalczania w ustroju ludzkim zakażeń wielkoúśćcem jelitowym,

b) o ostatecznym wyleczeniu lambliazy sądzić można tylko na podstawie wyników zgłębnikowania dwunastnicy i to nie wcześniej, niż w 30 dni, licząc od ostatniego leczenia atebriną,

c) w przypadkach niemożności kontrolowania leczenia częstymi zgłębnikowaniami dwunastnicy, jako bardzo celowymi, polecić można przepisywanie chorym z lambliazą trzech kolejnych leczeń atebriną w odstępach po 30 dni jedna od drugiej.

Rozprawy. Kol. Rubinsztejn wspomina o przypadku lambliazy, wyleczonym atebriną na Oddziale dra Landsberga po wypróbowaniu wszelkich innych sposobów leczniczych. Przypadek znajduje się od kilku miesięcy w obserwacji i kontrolne badania kału i sondowanie dwunastnicy wykazują zupełne wyleczenie.

3. Kol. Michał Lityński *wygłasza odczyt pt.: „Zakażenie mątwikiem jelitowym".* (Streszczenie własne).

W końcu lipca ub. roku zgłosił się do Oddziału Chorób Wewnętrznych C. W. San. chory oficer z powodu objawów ostrej niestrawności. Z wywiadu wynika, że choroba zaczęła się przed kilku dniami po spożyciu zimnego mięsiwa, a cechowała się biegunką, obecnością śluzu oraz krwi w kale, bólami w jamie brzusznej i podniesioną ciepłotą ciała do 38°. Poza tym chory podaje, że od dwóch lat miewa częste zaburzenia w trawieniu w postaci odbijań po jedzeniu, niesmaku, wzdęć i rozwolnionych stolców z obecnością śluzu. Od pół roku pogorszenie, mimo przestrzegania diety oszczędzającej i regularnego trybu życia. Z chorób przebytych podaje dur brzuszny i zimnicę z nawrotami, poza tym kilkakrotnie grypę o lekkim przebiegu. Wywiady uzupełnia fakt pobytu przed dwoma laty w ciągu kilku tygodni w Rumunii, gdzie właśnie pojawiły się pierwsze objawy niedomagania przewodu pokarmowego. Na choroby weneryczne miał nie chorować. Alkoholu używa bardzo mało, tytoniu nie pali.

Stan przedmiotowy chorego przy badaniu klinicznym wykazuje powiększenie wątroby, rozlaną bolesność na przestrzeni całej jamy brzusznej, a w szczególności w okolicy okrężnicy. Poza tym brak większych odchyleń od normy w narządach wewnętrznych. W treści dwunastniczej stwierdzono obecność miernej ilości białka, 30—40 leukocytów w odwirowanym osadzie oraz liczne pasożyty mątwika jelitowego. W kale stwierdzono poszczególne pasożyty tego rodzaju.

Obraz kliniczny przytoczonego przypadku odpowiada nieżytowi kiszek, pęcherzyka żółciowego i przewodów żółciowych, spowodowanemu obecnością mątwika jelitowego, którym chory zakaził się w czasie pobytu w Rumunii. Zakażenie przewodu pokarmowego wymienionym pasożytem spotyka się bardzo rzadko w naszym klimacie i położeniu geograficznym, sporadycznie tylko znajdowany bywa w wypróżnieniach ludzkich. Wskutek tego właśnie mało znany jest nawet przez specjalistów chorób pasożytniczych, a przypadkowe stwierdzenie w wydzielinach i wydalinach chorego jest nader rzadkie. Przed kilku laty w jednym z zakładów dla umysłowo chorych w pobliżu Warszawy widziano szereg przypadków zakażenia przewodu pokarmowego mątwikiem jelitowym, przy czym zanotowano nawet kilka zgonów. Pasożyt ten został wykryty w roku 1876 w czasie epidemii biegunki u żołnierzy powracających z Kochinchiny do Tulonu. Przebieg epidemii, jej obraz kliniczny i patologię opracowali Normand i Bavay. Nazwa, jaką nadano temu pasożytowi, do niedawna posiadała szereg synonimów, przyjętych przez różnych badaczy: *Anguillula stercoralis* i *Anguillula intestinalis* (Bavay, 1877), *Rhabditis stercoralis* (Bavay), *Strongyloides intestinalis* (Grassi, 1879), *Leptodera intestinalis et stercoralis* (Cobbold, 1879), *Pseudorhabditis intestinalis* (Perroncito, 1881), *Rhabdonema strongyloides* (Leuckart, 1883), *Rhabdonema intestinale* (Blanchard, 1885). Obecnie przyjęto nazwę *Anguillula vel Strongiloides intestinalis atque stercoralis* (mątwik jelitowy i mątwik kałowy). Mątwik jelitowy pasożytuje w przewodzie pokarmowym człowieka w krajach o klimacie podzwrotnikowym i ciepłym: w Afryce Środkowej i Północnej, Wschodniej i Zachodniej, Azji Południowej, Ameryce Środkowej, Europie Południowej. Również spotykany jest w klimacie umiarkowanym Europy: w Holandii, Bel-

gii, Niemczech (Zagłębie Ruhr, Prusy Wschodnie), Rumunii, Polsce (Małopolska), na Węgrzech, dokąd został zawleczony z krajów podzwrotnikowych jakoby przez nosicieli dzięki uproszczonym możliwościom w dzisiejszych czasach przenoszenia się ludzi z jednej strefy klimatycznej do drugiej. Szczególnie nie trudno znaleźć go u osobników zajętych przy robotach ziemnych, a więc kopaczy, ceglarzy i górników, mających do czynienia z wilgotną i ciepłą ziemią, w której pasożyty nie są narażone na wysychanie i stosunkowo długo żyją w resztkach kału, zmieszanych z ziemią. Niejednokrotnie spostrzegano mieszane zakażenia pasożytnicze, w których tęgoryjec dwunastnicy występuje obok mątwika jelitowego. Mątwik należy do nicieni. Występuje w dwóch postaciach i to dosyć od siebie odmiennych w budowie tak, że zdają się nie związane wspólnym pochodzeniem. Mątwik jelitowy *(Anguillula vel Strongyloides intestinalis)* jest postacią pasożytniczą. Długość jego wynosi 2 mm. Wzdłuż ciała posiada dobrze widoczny, nitkowaty przewód pokarmowy z otworem ustnym zaopatrzonym w cztery wargi. Tym właśnie silnie uwydatniającym się przewodem pokarmowym różni się od pokrewnej mu, wolno żyjącej postaci, posiadającej mały otwór ustny i krótki przewód pokarmowy. W jego ciele daje się zauważyć podwójne *ovarium,* mające swe ujście na granicy 1/3 środkowej i ogonowej części ciała. Uważany jest on za postać macierzystą pasożyta. Pod względem płciowym jest robakiem obojnaczym (hermafrodytycznym). Rozmnaża się przez składanie jaj w narządach wewnętrznych swego żywiciela, głównie w błonie podśluzowej jelita cienkiego i grubego, rzadziej dwunastnicy, dróg żółciowych i trzustki oraz w świetle przewodu pokarmowego. Jaja wskutek małych rozmiarów znajdywane są tylko wyjątkowo. Z jaja w bardzo krótkim czasie wylęga się larwa, która wraz z kałem wydostać się może na zewnątrz, a przy sprzyjającej ciepłocie i wilgotności staje się w ciągu 48 godzin tworem dojrzałym. Ta postać pasożyta w swej budowie podobna do macierzystej, z nitkowatym przewodem pokarmowym *(filariformis),* nie posiada rozwiniętego *ovarium.* Całkowicie rozwija się jedynie w ciele człowieka, w wypadku zetknięcia się z nim i dostania się do jego przewodu pokarmowego przez usta lub przez skórę. Do samodzielnego dłuższego życia poza ustrojem gospodarza nie jest zdolna. Druga natomiast odmiana, rozwijająca się z wydalonej przez człowieka larwy *(rhabditiformis)* ma możność różnicowania się na osobniki męskie i żeńskie. Męskie, długości 0,7 mm, posiadają narząd płciowy w postaci dwóch szczecinek; żeńskie nieco większe, bo długości około 1 mm, posiadają otwór płciowy w połowie długości ciała. Te właśnie pasożyty noszą nazwę mątnika kałowego i zdolne są do samodzielnego, nie pasożytniczego życia, szczególnie w klimacie cieplejszym. Z jaj wydalonych przez samiczkę rozwijają się przy sprzyjających warunkach larwy, podobne do tych *(filariformis),* które powstały z jaj mątwika jelitowego. Całkowicie wykształcić się one mogą, podobnie jak tamte, na osobniki macierzyste hermafrodytyczne, jedynie po przedostaniu się do organizmu człowieka drogą doustną z zanieczyszczonymi pokarmami oraz wodą lub przez skórę, by rozpocząć swój pasożytniczy tryb życia. Warunki naszego klimatu nie sprzyjają rozwojowi tej *(rhabditiformis)* postaci pasożyta. Ginie on szybko po wydostaniu się z ustroju gospodarza, a opisany cykl rozwojowy może się odbywać jedynie w klimacie ciepłym. Po wniknięciu do ustroju ludzkiego, larwa *filariformis* przedostaje się łatwo do układu krwionośnego, z krwią do serca, stąd do miąższu płucnego, wątroby itd. Dojrzałe osobniki mątwika jelitowego bytują w gruczołach Lieberkühna błony śluzowej jelita cienkiego, w błonie śluzowej jelita grubego, w warstwie podśluzowej, przenikają do warstwy naczyń limfatycznych, skąd czerpią pożywienie. Tu powodują nacieki zapalne w podśluzówce i ścianie jelita, obrzęk zapalny kosmków i powierzchowne owrzodzenia jelit. Geneza objawów klinicznych jest więc zrozumiała. Odpowiadają one ostrym, podostrym i przewlekłym postaciom nieżytu dróg żółciowych i kiszek.

Dotychczas niepewna jest sprawa możliwości zupełnego usunięcia pasożyta, wygojenia się uszkodzonej ściany jelita, jak i wpływu jadów wydzielanych przez pasożyta. Że wpływ ten istnieje, zdaje się potwierdzać fakt pojawiania się zwiększonej liczby ciałek eozynochłonnych we krwi, dochodząc do 42% (B r u n s), a nawet do 85% (S z i d a t).

Kazuistyka stwierdza wieloobrazowość cierpienia, przy czym na plan pierwszy wysuwają się objawy nieżytu jelit oraz niedokrwistości.

Zdaniem wielu wybitnych specjalistów pasożyt, mimo iż może powodować liczne schorzenia, prowadzące nawet do zejścia śmiertelnego, w niektórych przypadkach nie posiada znaczenia patogenetycznego. Szczególnie w klimacie umiarkowanym ma on nie odgrywać większej roli jako czynnik chorobotwórczy, a jedynie usposabiający do nieżytu jelit. Podobne zapatrywanie utrwala się coraz silniej w oddziale klinicznym szpitala chorób podzwrotnikowych w Londynie, z którym to oddziałem nawiązano kontakt listowny. Zastosowane w opisanym przypadku leczenie dietetyczne i lekowe spowodowało częściowe cofnięcie się objawów chorobowych oraz znaczną poprawę ogólną, umożliwiającą choremu powrót do pracy. Na podkreślenie jednak zasługuje fakt, że środki chemiczne, należące do ogólnie przyjętych środków przeciwczerwiowych pozostały bez wpływu, nie zmniejszając nawet liczby pasożytów w treści dwunastniczej. Środki dotychczas stosowane *(pillules mercuriales bleues,* santonina, stowarsol, nowarsenobenzol, *ol. chemopodii anthelmintici, extract. filicis maris, tuber jalapae)* posiadają niepewną wartość leczniczą. Jedynie skuteczne działanie wywiera fiolet goryczki (F a u s t), przy pomocy którego osiągnięto dobry wynik i w opisanym przypadku (0,06 *pro dosi* 3 razy dziennie, na leczenie razem 3,3 g). W przypadkach opornych należy dokonywać płukań dwunastnicy i wlewań dożylnych. Przestrzegając właściwych dawek, nie należy obawiać się powikłań, które mogą przejawiać się stanami podrażnienia śluzówki jelit i pobudzenia czynności serca.

Analizując zespół objawów w przytoczonym przypadku, należy wnioskować, że pasożyt wywołał tu stan chorobowy i długi czas był czynnikiem szkodliwym dla ustroju. Trudne do przyjęcia wobec tego jest przypuszczenie, by pasożyt mógł być istotą zupełnie obojętną dla ustroju, bo jakkolwiek małych rozmiarów, występuje on w wielkich ilościach w świetle przewodu pokarmowego, odznacza się wybitną ruchliwością i płodnością, tworzy skupienia w warstwie naczyń limfatycznych pod błoną śluzową jelit, może całymi tysiącami tkwić w błonie śluzowej i ścianie jelita, a ponadto dróg żółciowych, w tkance okołonaczyniowej naczyń płucnych, oskrzelików i pęcherzyków płucnych. Można jedynie twierdzić, że jest on tym mniej szkodliwy, im w mniejszych występuje ilościach, im mniejszą odznacza się osobniczą żywotnością i skłonnością do rozmnażania, u człowieka z lepszym stanem anatomiczno-czynnościowym narządów wewnętrznych i układu krwiotwórczego.

Wiceprezes: *Antoni Stefanowski.*
Sekretarz doroczny: *Michał Żabczyński.*

P r o t o k ó ł posiedzenia naukowo-administracyjnego z dnia 24 maja 1938 roku

1. Kol. P r e z e s podaje do wiadomości wyniki konkursów im. Józefa B a b i ń s k i e g o i im. Edwarda Z i e l i ń s k i e g o, a mianowicie z konkursu I przyznano nagrodę 1.000 zł kol. Jerzemu C h o r ó b s k i e m u, z konkursu II 1.500 zł kol. Leonowi M a n t e u f f e l-S z o e g e'o w i, na wyjazd za granicę.

Dokonano wyborów na sędziów konkursu im. W s z e b o r a. Wybrani zostali kol.: Franciszek C z u b a l s k i, Adam H u s z c z a i Stefan R u d z k i.

2. Kol. Jan Z a o r s k i *przedstawia preparaty pooperacyjne* (streszczenia własne).

I. *Bąblowiec wątroby* (dalszy ciąg pokazu z dnia 15. III. 1938 r.).

Na jednym z posiedzeń T. L. W. omawiałem historię chorej z powodu bąblowca wątroby. Przedstawiłem wówczas zdjęcia rentgenowskie i opisałem zamierzony sposób leczenia operacyjnego. Pozwolę sobie przypomnieć, że zamierzaliśmy wówczas usunąć guz jedno lub dwuczasowo. Dziś chciałbym zdać sprawę z dalszych losów chorej.

Dnia 17. III. br. przystąpiono do wydobycia guza. Po przecięciu powłok i otwarciu otrzewnej dotarto do wątroby i guza bąblowca. Niestety, na tym musieliśmy zabieg przerwać, gdyż okazało się, że guz zrośnięty jest bardzo mocno w okolicy przepony, natomiast od dołu wciskały się do rany wolne, niesklejone pętle jelit cienkich. Ponieważ przewidywaliśmy, że przy oddzielaniu guza natrafimy na zbiorowisko ropy (leukocytoza, wzniesienia ciepłoty) postanowiliśmy najpierw wywołać zrosty ze strony wolnej jamy brzusznej, ażeby ją obronić od zakażenia. W tym celu wprowadziliśmy szereg sączków z gazy między wątrobą i otrzewną ścienną.

Dnia 22. III. wobec dobrego stanu chorej, przyśpieszając operację na jej prośbę, przystąpiliśmy do wydobycia guza. Przez otwartą ranę dostaliśmy się natychmiast na jego powierzchnię, która była nierówna, chropowata i twarda, jak skorupa. Przy oddzielaniu w kącie przeponowo-żebrowym prawym natrafiliśmy na ropień, który natychmiast wyssaliśmy za pomocą pompy ssącej. Idąc dalej, znaleźliśmy w tym miejscu otwór w skorupie guza, w której wnętrzu stwierdziliśmy również ropę. Wyssaliśmy i tę zawartość, nie stwierdzając w niej torebek zarodowych bąblowca. (Widocznie zniszczone zostały w ciągu długo-

trwałego ropienia). Największe trudności mieliśmy przy oddzielaniu guza od przepony. Otwarliśmy tu opłucną prawą, z której wylało się trochę mętnego płynu. Po oddzieleniu guza od góry przystąpiliśmy do wydobycia go z płata wątroby. Obawiając się krwawienia miąższowego z tkanki wątrobowej, dokonywaliśmy wydzielenia za pomocą zimnego noża diatermii. Udało nam się to powoli, po czym wydobyliśmy czerep guza.

Ranę operacyjną zmniejszyliśmy szwami, pozostawiając sączki gazowe.

Stan chorej po zabiegu bardzo się pogorszył. Wykonaliśmy przetaczanie krwi. Ale mimo stosowania wszelkich innych zabiegów, następnej nocy chora zmarła.

Streszczając powyższą historię choroby powiemy:

a) wobec podejrzenia bąblowca wskazane jest wykonanie próbnego otwarcia jamy brzusznej a nie zwlekanie z zabiegiem przez kilkanaście lat,

b) należy się starać raczej rozłożyć operację na dwa okresy i dążyć koniecznie do wydobycia guza, niż stosować leczenie wyczekujące, które nie zabezpiecza ani przed nawrotami, ani przed powikłaniami schorzenia.

II. *Blizny serca w 10 lat po zaszyciu dwóch ran drążących.*

Dnia 1 lutego 1928 r. przywieziono do II Kliniki Chirurgicznej U. J. P. o godz. 0.05 w nocy, chorego z dwiema ranami klatki piersiowej, w okolicy serca. Lekarz dyżurny (dr Kamieniecka) rozpoznała ranę kłutą serca z narastającym krwotokiem do worka osierdziowego. Wezwany z domu o godz. 0.50 przystąpiłem do zabiegu operacyjnego. (Opis dokładny w „Medycynie" r. 1930, nr 13). Po dotarciu do serca zaszyłem jedną ranę na przedniej powierzchni serca, następnie ująwszy serce w rękę odwróciłem je i na tylnej ścianie zaszyłem drugą ranę krwawiącą, drążącą do światła komory. Po opróżnieniu ze krwi osierdzia, zaszyłem je szczelnie, tak samo opłucną i ranę skórną. W celu usunięcia powietrza z opłucnej wyssaliśmy je po zabiegu przyrządem Potain'a. Chory zniósł zabieg i po odpowiedniej pielęgnacji opuścił szpital w 24. dniu leczenia zdrów. Zrobiony wtedy elektrokardiograf (dr Rachoniowa) wykazał pewne cechy zwiotczenia mięśnia sercowego.

Od tego czasu chory z przerwami pracował, jeździł na rowerze, należał do orkiestry mandolinistów, jednym słowem prowadził życie normalnie. Przy zgłaszaniu się do kontroli nie narzekał na nic, a przez miejsce po wyciętych żebrach można było dokładnie śledzić ruchy serca.

Przed kilku tygodniami dowiedziałem się, że zmarł po operacji żołądka.

Dziś przedstawiam serce, które zaszyłem 10 lat temu. Całe osierdzie przyrosło do serca tak, że nie można ich rozdzielić. Jest to następstwo zapalenia, jakie się rozwinęło po wypadku, na tle pozostałej w osierdziu krwi.

Miejsca zaszycia ran serca nie można napewno odnaleźć szczególnie dlatego, że do szycia użyliśmy szwów catgutowych. Tylko w miejscu bliskim koniuszka na przekroju spostrzegamy na przestrzeni 10-groszówki zanik mięśnia serca, a na jego miejscu rozwiniętą tkankę bliznowato-tłuszczową. Jest to oczywiście zwyrodnienie pooperacyjne, które jednak nie odbija się wybitniej na czynności operowanego serca. Należy przyjąć, że ustrój, broniąc osłabionego blizną miejsca, spowodował zrost tego miejsca z otaczającymi tkankami, a więc z osierdziem, jak wspomnieliśmy, z opłucną, a nawet z blizną skóry. Zrosty te były tak mocne, że podczas sekcji trzeba było w tym miejscu serce oddzielać od klatki piersiowej za pomocą noża.

Należy zaznaczyć, że na śmierć chorego opisane blizny serca wcale nie wpłynęły.

W dyskusji zabierał głos kol. Stefanowski (streszczenie własne).

Stefanowski podaje, że przy doświadczeniach operacyjnych na sercach króliczych, polegających na podwiązywaniu koniuszka serca i przywiązywaniu do klatki piersiowej, w jednym przypadku otrzymano wytworzenie się w koniuszku serca blizny łącznotkankowej, pozbawionej włókien mięsnych, a barwiącej się przyżyciowo błękitem trypanowym. Pomimo tego braku włókien mięsnych, czynność serca była prawidłowa.

3. Kol. Franciszek Venulet *wygłasza odczyt pt.: „Trzepotanie przedsionków na tle alergii przewodu pokarmowego"* (streszczenie własne).

Przypadek 1. Lekarz, lat przeszło 50, od szeregu lat cierpi na występujące napadowo, prawie wyłącznie na wiosnę, w ciągu kilku miesięcy skurcze dodatkowe. Jak wykazują zdjęcia elektrokardiograficzne we wszystkich odprowadzeniach (dr Pines), w roku ubiegłym oraz w lutym br. zamiast skurczów dodatkowych wystąpiło trzepotanie przedsionków. Przedsionki kurczą się 300 razy na minutę, komory 150 (między napadami 56). Mamy zatem jednocześnie blok serca w stosunku 2:1. Miarowość zachowana. Napady trzepotania występują podczas posiłków, najczęściej wieczorem i trwają przez kilka godzin. Poprzedza je raptowna bębnica, przed którą nie chronią chorego najoględniejsza dieta, węgiel, ani odkażanie jelit. Bębnicy towarzyszy silne odbijanie gazami. Zawodzą również chinidyna ze strychniną, gynergen, środki kojące. W wyniku cierpienia wystąpiło zupełne wyczerpanie fizyczne i psychiczne. Podejrzewając, że objawy ze strony przewodu pokarmowego, prowokujące zaburzenia czynności serca, mogą być pochodzenia alergicznego, na początku marca w celu odczulenia zastosowałem dopiero co dopuszczony do wwozu do Polski preparat Bayera „Torantil". Jest to pepton, otrzymywany ze śluzówki jelita cienkiego. Jeden słoik zawierający 20 drażetek wystarczył, aby usunąć wzdęcia, a jednocześnie i trzepotanie. Szybka poprawa ogólna.

Przypadek 2. Dotyczy również lekarza, w tym samym wieku. W lutym br. nagłe trzepotanie w połączeniu z objawami anginoidalnymi. Wzdęcia, nie dające się niczym usunąć. Wszelkie środki nasercowe oraz kojące, stosowane już od szeregu tygodni, nie przynoszą ulgi. Od dawna, prawie rokrocznie, na wiosnę uporczywa *rhinitis angiospastica*, w dzieciństwie dwa razy pokrzywka w porze wiosennej. Po tygodniu stosowania torantolu w ilości 6 tabletek dziennie łącznie z pepticolem i genostrychniną bez specjalnej diety, rozpoczęła się stale postępująca poprawa: nie ma wzdęć, stolec zupełnie regularny, sformowany; bóle ustąpiły całkowicie, niepokój sercowy dokucza coraz mniej.

Że wzdęcia utrudniają pracę serca i powodują różne zaburzenia czynnościowe jest rzeczą znaną, aczkolwiek wciąż jeszcze za mało uwzględnianą. Że niekiedy, jak w naszych przypadkach, wzdęcia mogą być pochodzenia alergicznego, o tym, w związku z zaburzeniami czynnościowymi serca, w piśmiennictwie wzmianki nie znalazłem. Mnożą się natomiast spostrzeżenia ciężkich zaburzeń, jak dusznica bolesna, częstoskurcz napadowy na tle alergii samego serca.

Właściwe rozpoznanie ułatwia, między innymi, obecność jakichś objawów alergicznych oraz sezonowość zaburzeń, a następnie leczenie odczulające mogą przynieść, lepiej niż inne zabiegi, szybką poprawę. Zapewne nie jedna „nerwica" serca jest pochodzenia alergicznego.

W dyskusji zabrał głos kol. Pines, podkreślając trudności rozpoznawcze, na jakie narażony bywa lekarz w przypadkach trzepotania przedsionków bez stwierdzalnych zmian organicznych ze strony serca. Przytacza znany mu przypadek dotyczący 30-letniej kobiety, leczonej w Wiedniu, u której podejrzewano *oral-sepsis*, usunięto 18 zębów i pomimo stosowania różnych metod leczenia, chora miała nadal objawy trzepotania przedsionków.

W innym przypadku, pomimo iż chora cierpiała na dychawicę oskrzelową, szczególnie na wiosnę, lekarze leczący chorą nie ustalili zależności cierpienia od stanu alergii.

4. Kol. Arkadiusz Stańczyk *wygłasza odczyt pt.: Zwyrodnienie torbielkowate nerek* (z pokazem chorego). Streszczenie własne.

Zwyrodnienie torbielkowate nerek widujemy w klinice dość rzadko, bo chorzy tacy trafiają do kliniki dopiero wówczas, gdy w przebiegu tego cierpienia wystąpią pewne powikłania, np. krwiomocz, ostra niedomoga czynnościowa torbielkowatych nerek w następstwie jakiejś choroby zakaźnej, powikłania w okresie ciąży lub porodu, powikłania pourazowe itp. W większości przypadków guzy te rosną powoli i mimo znacznych zmian zwyrodnieniowych miąższu nerkowego czynność nerek nie jest zbytnio zakłócona, a ustrój stopniowo przystosowuje się do ich ograniczonej wydolności, przenosząc część pracy nerek na inne narządy. Dlatego zdarza się, że anatomo-patolog stwierdza na sekcji torbielkowate zwyrodnienie nerek w przypadkach, w których klinicysta nawet nie podejrzewał tego cierpienia. Na usprawiedliwienie klinicysty trzeba dodać, że często załączone wyniki analiz nie wykazują zmian w moczu. Taki przypadek skrycie przebiegającego zwyrodnienia torbielkowatego nerek widzieliśmy w ciągu 4 miesięcy na oddziale dra A. Stefanowskiego w Szpitalu Dz. Jezus.

Chory M. L. (Nr 251/38), lat 59, z zawodu malarz pokojowy, przybył do szpitala dnia 16 lutego br. ze skargami na ogólne osłabienie, bóle wzdłuż kręgosłupa i w pasie, brak łaknienia, zaparcia stolca (stolec co parę dni) i bóle przy oddawaniu stolca. Dolegliwości te datują się od lata ub. r. i nasilały się stopniowo, tylko skłonność do zaparcia istnieje od najmłodszych lat. Nie gorączkował. Leczył się ambulatoryjnie u lekarza domowego Ubezpieczalni Społecznej, który skierował chorego na obserwację do szpitala, celem bliższego określenia przyczyn ogólnego niedomagania. Od dwóch tygodni ogólne osłabienie nasilało się do tego stopnia, że chory przestał chodzić.

W 18 roku życia przebył wysiękowe zapalenie opłucnej prawej, poza tym nie chorował. Palił 16 papierosów dziennie, pijał do 100 g alkoholu tygodniowo. Jest żonaty, ma czworo zdrowych dzieci, jedno zmarło w 3 r. ż. z niewiadomej przyczyny. Żona nie roniła. Ojciec chorego zmarł w 82 r. ż., matka w 51 r. ż. z powodu połowiczego porażenia.

Stan przedmiotowy: przytomny, płaczliwy. Skóra sucha, łuszczy się, pomarszczona, wiotka. Oddziaływanie źrenic prawidłowe. Śluzówki blado-różowe. Duże braki w uzębieniu; język obłożony grubym, szarym nalotem. *Foetor ex ore*. Gruczoły niepowiększone. Klatka piersiowa wdechowo ustawiona; w płucach objawy rozedmy. Serce w granicach normy. Pień tętnicy głównej szeroki. Tętnice obwodowe twarde, pokręcone; tętno średnio wypełnione, 80 na minutę. Ciśnienie tętnicze 160/100 mm Hg wg Boulitte'a.

Brzuch nieco wzdęty; powłoki brzuszne cienkie, w podbrzuszu wiotkie, w nadbrzuszu jędrne. Wątroba wystaje na cztery palce spod prawego łuku żebrowego, jest tkliwa, brzeg jej tępy. Śledziona niewyczuwalna. W miejscu nerek wyraźnie wyczuwalne duże twory guzowate, wielkości głowy dziecka, przy delikatnym obmacywaniu niebolesne, ruchomość oddechowa zachowana, przesuwalne. Odruchy fizjologiczne zachowane, patologicznych brak. Kilkakrotne badania moczu wykazały: c. gat. 1008 do 1011. Barwa jasno-pomarańczowa. Odczyn kwaśny. Białka, cukru i innych składników patologicznych nie stwierdzono. Osad skąpy: 15 do 25 leukocytów w polu widzenia i nieliczne nabłonki płaskie. Badanie krwi: Hb — 73%. Cz. c. krwi — 3,700.000, c. b. — 10.400. Wzór nie odbiega od normy. Zgłębnikowanie żołądka: L — 94, A — 118. W ciągu paru dni leżenia w szpitalu dolegliwości, z którymi przybył, ustąpiły prócz ogólnego osłabienia. Stolce miał codziennie. Ciepłota ciała prawidłowa. Wielokrotne badania moczu wykazywały okresowo minimalny ślad białka. Dla wyjaśnienia, czym są symetrycznie leżące z obu stron kręgosłupa guzy, dokonano pyelografii dolnej. Pierwsza próba nie powiodła się, wskutek powiększenia środkowego płata gruczołu krokowego, który sterczące do pęcherza przesłaniał ujścia moczowodów. Śluzówka pęcherza moczowego była niezmieniona. Po wprowadzeniu czerwieni indygowej dożylnie, barwik ukazał się po 5 minutach w ujściu lewego moczowodu, a po 6 min. w ujściu prawego. Po nieudanej pyelografii dolnej w moczu zjawiło się białko, a w osadzie całe pole widzenia usiane było świeżymi krwinkami wyługowanymi. Podczas oddawania moczu chory odczuwał bóle w pęcherzu. Pyelografia górna również nie powiodła się, gdyż uroselektan wydzielał się bardzo wolno i zarówno miedniczki, jak i kielichy wypełniły się bardzo słabo (pokaz 5 filmowych zdjęć rentgenowskich po 5, 10, 15 i 40 min. po wstrzyknięciu uroselektanu). W kręgach stwierdza się wybitne zniekształcające zmiany na całej powierzchni przylegania torbielkowato zwyrodniałych nerek do kręgosłupa. Drugiej pyelografii dolnej dokonano dopiero w miesiąc po pierwszej, gdyż przez długi czas utrzymywał się stan zapalny pęcherza. Barwikowe preparaty, jak błękit metylowy i dożylnie stosowany *pyridium* chory znosił dobrze, a mocz był zabarwiony intensywnie. Zdjęcie rentgenowskie dokonane podczas drugiej pyelografii dolnej ujawniło, że nerka prawa jest duża, kielichy i miedniczka rozszerzone. Na poziomie grzebienia miednicy znajduje się kolankowate skrzywienie moczowodu. Ze względu na niedawno przebyte zapalenie pęcherza moczowego, zaniechano pyelografii dolnej lewej nerki. Z innych badań warto przytoczyć, że ciśnienie tętnicze przez czas pobytu chorego w szpitalu wahało się: maksymalne od 140 do 160, minimalne od 100 do 110 mm Hg. Mocznik we krwi 0.98‰. Chlorki w osoczu 5,65, a w krwinkach czerwonych 3,12‰. Wskaźnik 0,55. Dobowa ilość moczu wynosiła od 500 cm³ do 1.800 cm³, a c. gat. od 1005 do 1010. Pewne światło na to, jak nerki pracują w ciągu doby, rzuca następująca próba badania ilości moczu i jego c. gat., mierzonych co 3 godziny:

9 godz.	— 64 cm³	— 1009 c. gat.
12 godz.	— 81 cm³	— 1005 c. gat.
15 godz.	— 55 cm³	— 1007 c. gat.
18 godz.	— 45 cm³	— 1009 c. gat.
razem:	245 cm³	
21 godz.	— 52 cm³	— 1010 c. gat.
24 godz.	— 73 cm³	— 1006 c. gat.
3 godz.	— 80 cm³	— 1009 c. gat.
6 godz.	— 71 cm³	— 1006 c. gat.
razem:	276 cm³	

W ciągu nocy od 21 do 6 rano wydalił 276 cm³ moczu, a we dnie 245 cm³. Razem 521 cm³ o c. gat. 1008. Z tej próby wynika, że nerki pracują prawie równomiernie przez całą dobę, a zdolność zagęszczania świadczy o izostenurii.

Ciepłota ciała przez cały czas pobytu chorego w szpitalu była prawidłowa, tylko w okresie obostrzeń zapalenia pęcherza moczowego kilka razy chory miał stan podgorączkowy. Przez okres 4 miesięcy stracił na wadze 3 kg, mimo iż łaknienie miał dobre i jadł dużo. Wstrzykiwania arszeniku ze strychniną, jodu, cukru gronowego dożylnie, insuliny, testiculiny nie miały żadnego wpływu na przyrost wagi. Dopiero po zastrzykach pernaemonu przybrał na wadze około 900 g. Wypisał się w dniu 17. V. 1938 r. z niewielką poprawą.

Przypadek ten przedstawiamy dlatego, że może służyć za przykład, iż nerki torbielkowato zwyrodniałe mogą trwać długie lata bez szczególnych zaburzeń ich czynności wydzielniczej i bez zmian w moczu. Z czasem sprowadzają niedokrwistość i dolegliwości natury ogólnej, jak u naszego chorego i dopiero sumiennym badaniem przedmiotowym wykrywamy przyczynę w postaci guzów dużych rozmiarów w okolicy nerek.

Cierpienie to jest dość rzadkie. Według protokołów sekcyjnych Zakładu Anatomii Patologicznej U. J. P. w ciągu ostatnich 5 lat sekcjonowano 17 przypadków zwyrodnienia torbielkowatego nerek, co stanowi około 0,3% wszystkich sekcyj. W 12 przypadkach zwyrodnienie torbielkowate dotyczyło obu nerek, a w 5 tylko jednej nerki.

5. Kol. Władysław Pręgowski *wygłasza odczyt pt.: Polyradiculoneuritis Guillain-Barre* (streszczenie własne).

Chora P. Z., lat 38, przybyła na Klinikę Neurologiczną dnia 23. V. 1938 r. ze skargami na osłabienie kończyn dolnych. Objawy te zjawiły się dnia 15. IV. w tydzień po zjedzeniu flaczków, po których miała wymioty i po kilku dniach bóle głowy i wzdęcia brzucha. Dnia 16 kwietnia wystąpiło podwójne widzenie, trwające 1 dzień. Skarży się na przejściowe trudności w oddawaniu moczu i obfite ślinienie. Miała drętwienie w szczękach, uczucie zimna w ustach, mrowienie w okolicy ust i końców palców rąk i nóg i szczypanie końca języka. Nosem nie oddycha, bo czuje jakby obrzęk nosa. Łyka dobrze, nie krztusi się. Przed 10 laty miała antrotomię po stronie prawej, od tego czasu gorzej słyszy na prawe ucho. Dwa razy rodziła, jedno dziecko żyje. Miesiączki prawidłowe. Historia rodzinna bez znaczenia.

Badanie stwierdza: chora wzrostu średniego, budowy prawidłowej, stan odżywienia dobry.

Płuca — wydech przedłużony; serce — tony głuche. Tętno 100/min. Jama brzuszna: bez zmian. Mocz bez cech chorobowych.

Czaszka: bolesność punktów wyjściowych *n. supraorbitalis dextri*. Szpara powiekowa prawa większa od lewej. Prawej gałki nie dociąga do kąta zewnętrznego.

Nerw VII obustronnie osłabiony, zwłaszcza prawa górna i dolna lewa gałązka.

Pozostałe nerwy czaszkowe bez zmian. Dno oka prawidłowe. *Visus:* oko prawe 1/2, oko lewe 1/4. Szczęka zbacza nieco w lewo.

Kończyny górne: lekki niedowład zginaczy palców. Napięcie mięśni obniżone. Próba mijania — obie ręce opadają. Adiadochokineza zaznaczona. Odruchy ścięgniste i okostnowe słabe, różne. Odruchów brzusznych brak.

Kończyny dolne: obustronny niedowład zginaczy uda. Napięcie mięśniowe obniżone. Odruchy kolanowe i Achillesa zniesione. Objawów spastycznych nie ma. Ataksja zaznaczona.

Niewielka sztywność karku. Objawu Kerniga nie ma. Objaw Lasegue'a i Mackiewicza obustronnie dodatni. Przy próbie Romberga pada w prawo. Czucie bólu osłabione na udach, podudziach i stopach od przodu, silniej na nodze lewej po stronie zewnętrznej; od tyłu na pośladkach, podudziach obu nóg i stopie nogi lewej. Czucie głębokie bez zaburzeń.

Bolesność przy ucisku nn. splotu barkowego. Chód niepewny, paretyczny.

Nakłucie lędźwiowe: w płynie N. A. ++, Pandy ++, białko 132% (4-krotnie wzmożone) — pleocytoza 4/3 w mm³. Odczyn benz. 11111 (22222) 21000. Odczyn WR ujemny.

Badanie elektryczne wykazało odczyn zwyrodnienia w zginaczach palców rąk po stronie lewej i w *m. quadriceps, m. tibialis ant., m. peroneus* na nodze prawej. Zakroplenie atropiny do oczu wywołało podwójne widzenie.

Poza opisanymi powyżej skargami chora miewała podczas pobytu w klinice parestezje: kłucie w powiekach, w oczach, zlodowacenie w ustach, pokarmy wydawały się zmarznięte.

Te zaburzenia czuciowe zmniejszały się z biegiem czasu i obecnie chora miewa tylko przejściowe mrowienie w końcu nosa i palcach, czasem drętwienia jednej ręki, lecz w słabszym stopniu.

Ostatnie badania stwierdziły: poprawę siły mięśni rąk i nóg, powrót do normy napięcia mięśniowego, nadal utrzymujące się, choć w mniejszym stopniu, bolesność mięśni i pni nerwowych na nogach, bolesność okolicy przegubu łokciowego na przedniej części przedramienia przy wyprostowaniu kończyn górnych, dalszy brak odruchów kolanowych i Achillesa, pojawienie się odruchu brzusznego lewego górnego przy braku pozostałych, nadal osłabienie odruchów ścięgnistych i okostnowych kończyn górnych, utrzymująca się nieznaczna sztywność karku i nieco mniej zaznaczoną ataksję. Chód uległ poprawie, choć jeszcze jest niepewny.

Ze względu na typowe dla zespołu Guillain-Barré niedowłady wiotkie kończyny z brakiem odruchów kolanowych i Achillesa i osłabieniem ścięgnistych i okostnowych kończyn górnych, niezbyt nasilone objawy oponowe, parestezje i rozszczepienie białkowo-komórkowe w płynie mózgowo-rdzeniowym rozpoznano to cierpienie.

Dalszy przebieg — ustępowanie dość szybkie tych zaburzeń — potwierdza rozpoznanie.

Co się tyczy etiologii, to François, Znacoli i Montius podają przypadki zespołu Guillain-Barré, który, jak u naszej chorej, powstał po zatruciu pokarmowym. Z powodu częstego występowania objawów oponowych w zespole Guillain-Barré u dzieci, należy go odróżnić od zapaleń opon, postaci oponowej choroby Heine-Medine'a, a także od zespołu Landry. Od zapaleń opon odróżnia dalszy przebieg cierpienia wystąpienie niedowładów i porażeń i zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Gorelon Holmes podaje, że za chorobą Landry przemawia charakter porażeń postępujących w sposób ciągły od dołu do góry, zajmujących kończyny dolne, potem mięśnie kręgosłupa, kończyn górnych, wreszcie oddychanie, zanim się zjawią objawy zajęcia opuszki, i wreszcie brak zaburzeń czucia. Bogaert zaznacza, że za postacią oponową choroby Heine-Medine'a przemawiają: bardziej gwałtowny początek, nagły rozwój obrazu porażenia wiotkiego, umiejscowionego bardziej proksymalnie, o więcej rozsianym charakterze z wyraźnym i wcześnie zjawiającym się odczynem zwyrodnienia i brakiem obiektywnych zaburzeń czucia.

W zespole G.-B. zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym od samego początku polegają na wzmożeniu ilości białka bez zwiększenia ilości ciałek, podczas gdy w postaci oponowej Heine-Medine'a na samym początku występuje jednocześnie wzmożenie ilości białka i pleocytozy, nie ma więc rozszczepienia białkowo-komórkowego.

Po kilku dniach liczba komórek jest prawidłowa, a ilość białka pozostaje nadal wzmożona; obraz zbliża się niejako do rozszczepienia białkowo-komórkowego, jednakże stan ten trwa krótko, natomiast rozszczepienie białkowo-komórkowe w zespole G.-B. utrzymuje się bardzo długo, przez szereg tygodni, stąd wskazanie do częstego powtarzania nakłuć i kontroli płynu w przypadkach wątpliwych.

W dyskusji zabierali głos kol. H. Higier, który uważa, iż przedstawiony przypadek nie należy do niezwykłych i trudnych pod względem rozpoznawczym. Większość przypadków *polyradiculoneuritis* bywa rozpoznawana przez lekarzy jako *polyneuritis* i błąd rozpoznawczy bywa tylko pozorny. Brak bowiem odruchów, zmiany czucia, porażenia itd. nie stanowią jeszcze o sprawie rdzeniowej lub mózgowej, są to zapalenia wielu nerwów z siedliskiem bliskim rdzenia, co z kolei daje objawy oponowe. W podobnych przypadkach znajdujemy w płynie mózgowo-rdzeniowym nie dużo komórek oponowych i ślady białka. W czystych postaciach *polyneuritis* białka w płynie mózgowo-rdzeniowym się nie stwierdza. Zejście w obu przypadkach jest pomyślne. Należy przypuszczać, że przyczyną obu tych schorzeń jest jakieś ogólne zakażenie. Bez nakłucia lędźwiowego rozpoznanie *polyradiculoneuritis* jest trudne.

Kol. Jarzymski zgadza się z przedmówcą, iż nakłucie lędźwiowe upraszcza znacznie rozpoznanie, mimo to w piśmiennictwie belgijskim oraz francuskim ukazuje się coraz więcej prac podkreślających właśnie trudności rozpoznawcze w przypadkach *polyradiculoneuritis*. Objawy oponowe, zwłaszcza u dzieci, mogą panować nad całością obrazu chorobowego i rozpoznanie może być niepewne. Dla *polyradiculoneuritis* Guillain-Barré typowy jest wstępujący charakter porażeń: zaczynają się one od kończyn dolnych, potem są porażone mięśnie kręgosłupa oraz kończyny górne, wreszcie nerwy czaszkowe. Duże usługi dla celów rozpoznawczych oddają badania prądem elektrycznym.

6. Kol. Jerzy Glass *wygłasza odczyt pt.: O zmianach kwaśności koloidowej moczu w różnych stanach chorobowych.* (Streszczenie własne).

W pośrednim przyswajaniu tkankowym wytwarzają się liczne ciała kaśne natury krystaloidowej i koloidowej, które są wydalane z moczem. Podczas gdy frakcja krystaloidowa i jej zmiany w stanach chorobowych są już względnie dokładnie poznane, to wszystkie zagadnienia, tyczące się frakcji koloidowej moczu, pod kątem widzenia kliniki, leżą dotąd całkowicie odłogiem. Dla zapoczątkowania badań w tej dziedzinie, autor podjął w II Klinice Chorób Wewnętrznych U. J. P. w Warszawie (dyrektor: Prof. dr W. Orłowski) badania frakcji koloidowej moczu w różnych stanach chorobowych, przy pomocy metody dotąd w klinice nie stosowanej, a mianowicie oznaczania tzw. kwaśności koloidowej moczu. Badania te autor przeprowadził u 150 osób zdrowych i chorych, znajdujących się na wzorcowej diecie, w następujący sposób:

10 cm^3 moczu, pobranego z moczu zebranego z całej doby, autor poddawał dializie w woreczkach celofanowych i następowej elektrodializie w aparatach mikroelektrodializacyjnych Pauliego. Po sprawdzeniu przy pomocy pomiarów przewodnictwa elektrycznego, że elektrodializat moczowy jest całkowicie uwolniony od elektrolitów, autor oznaczał przy pomocy miareczkowania w obecności błękitu bromotymolowego ilości n/100 NaOH związanego przez elektrodializat moczowy przy pH — 6,8. Po uwzględnieniu liczby dobowej moczu, otrzymywał autor kwaśność miareczkową dobową całej frakcji koloidowej moczu, czyli tzw. przez niego w skróceniu kwaśność koloidową moczu.

W warunkach prawidłowych kwaśność koloidowa waha się w granicach od 11 do 70 cm^3 n/100 NaOH. W warunkach chorobowych natomiast kwaśność koloidowa moczu może się znacznie zwiększać i przekraczać pięciokrotnie górną granicę wahań prawidłowych. Wśród 130 zbadanych przypadków chorobowych zwiększenie kwaśności koloidowej moczu autor widywał w stanach gorączkowych, w niewyrównaniu krążenia, w chorobie Basedowa, w ciężkiej cukrzycy, w nieżytach jelitowych, a nieraz również już w chorobach układu krążenia, znajdujących się klinicznie jeszcze pozornie w stanie wyrównania. Prawidłowe liczby kwaśności koloidowej moczu autor widywał natomiast w różnych chorobach żołądka i pęcherzyka żółciowego, w większości przypadków nowotworowych, w części wyrównanych przypadków chorób układu krążenia itd.

Mocze wysycone, ciemne, których elektrodializaty miały barwę ceglastą lub ciemno-pomarańczową, miały wysoką kwaśność koloidową, co może świadczyć o tym, że kwaśność koloidowa moczu w pewnym stopniu zależeć może od ilości wydalonego barwika (najpewniej urochromu, który ma własności względnie silnego kwasu, podobnie jak zbliżone doń chemicznie kwasy oksyproteinowe).

Dużą kwaśność koloidową moczu stwierdzał autor często w stanach wzmożonego rozpadu białkowego. Wobec tego jednak, że liczne przypadki przebiegające z rozpadem tkankowym (nowotwory itd.) miały prawidłową kwaśność koloidową, a z drugiej znów strony u niektórych chorych, u których nie było żadnych objawów wzmożonego rozpadu tkankowego (niektóre choroby wątroby, nieżyty jelitowe itd.) stwierdzano zwiększoną kwaśność koloidową moczu, należy może przyjąć, że zwiększenie kwaśności koloidowej moczu niekoniecznie jest miarą nadmiernego rozpadu białkowego. Świadczyć ono raczej może o pewnym zboczeniu jakościowym spalania białek, idącym w kierunku wytwarzania nadmiernej liczby kwaśnych koloidów i wydalania ich w moczu.

Badania niniejsze uważać należy dopiero jako wstęp do badań frakcji koloidowej moczu w klinice, które mogą rzucić pewne światło na zmiany pośredniej przemiany tkankowej białkowej w różnych stanach chorobowych. Dalsze badania będą mogły wyjaśnić, jaki jest stosunek kwaśności koloidowej moczu do poszczególnych koloidowych składników kwaśnych (ciał polipeptydowych, kwasów oksyproteinowych, urochromu itd.) i co jest ostateczną przyczyną zmian w kwaśności koloidowej moczu.

(Praca drukowana będzie w całości w Polskim Archiwum Medycyny Wewnętrznej).

7. Kol. Wacław Markert *wygłasza odczyt pt.: „Zespół trzustkowo-nerkowy w przypadkach raka trzustki"*. (Streszczenie własne).

Zaobserwowano, że nowotwór trzonu i ogona trzustki przebiegać może pod postacią zespołu trzustkowo-nerkowego o następujących objawach: guz w podżebrzu lewym (leżący za otrzewną), zmiany w moczu i upośledzenie sprawności nerki lewej. To upośledzenie objawia się znacznym opóźnieniem wydzielania barwika, wprowadzonego dożylnie, w porównaniu z nerką prawą, zmniejszoną ilością wydzielanego moczu, chlorków i mocznika oraz białkomoczem i krwiomoczem mikroskopowym. Zmniejszenie czynności wydzielniczej nerki lewej od-

bywało się nie na skutek zmian anatomicznych lub nowotworowych nerki lewej, lecz na drodze odruchowej przez podrażnienie włókien lub zwojów nerwowych nerki przez powiększone nowotworowe gruczoły lub zmienioną nowotworowo trzustkę. Odruch mógł również pochodzić z torebki włóknistej nerki. Spostrzeżenia te zasługują na podkreślenie dlatego, iż nowotwór trzonu lub ogona trzustki może przebiegać jako guz, który swym umiejscowieniem w podżebrzu lewym oraz cechami stwierdzanymi podczas badania fizycznego (leży za otrzewną) odpowiadać może nerce. Obecność guza, którego siedziba odpowiada nerce, oraz upośledzenie sprawności wydzielniczej nerki wraz ze zmianami w moczu może być przyczyną mylnego rozpoznania nowotworu nerki. W materiale Zakładu Anatomii Patologicznej na 6 przypadków nowotworu ogona trzustki, stwierdzonych sekcyjnie, było 3 przypadki, rozpoznane za życia jako nowotwór nerki. Błąd rozpoznawczy może być również przyczyną niewłaściwego leczenia. W nowotworze nerki radzimy jak najwcześniejszy zabieg operacyjny, natomiast w nowotworze ogona trzustki, operacja jest zbędna. Sam sposób operowania tych dwóch spraw jest inny.

Guzy zapalne i torbiele trzustki nie upośledzały w naszych przypadkach sprawności wydzielniczej nerki lewej.

Dyskusja. Kol. G r o t t (streszczenie własne). Prelegent słusznie podkreśla wielkie trudności napotykane przez klinicystę w rozpoznawaniu chorób trzustki. Palpacyjne badanie wykonywane dawnym sposobem tylko w 1/2% przypadków pozwalało wyczuć trzustkę, dziś natomiast daje wyniki znacznie lepsze, jeśli je wykonywać za pomocą metody opisanej przeze mnie w 1935 r. (Medycyna nr 9). Metoda moja, w przewlekłym zapaleniu trzustki, umożliwiała mi stwierdzenie powiększenia trzustki w postaci bolesnego wałka u 13 osób spośród 101 zbadanych, a poza tym wykazanie zachowania się punktu bolesnego dla trzustki — objawu bardzo ważnego pod względem praktycznym. Badanie czynnościowe trzustki również jest wielce utrudnione, gdyż wymaga dużo czasu, ostrożności i dużej umiejętności w tłumaczeniu faktów. Podkreślić należy jeszcze trudności w przypadkach rozkojarzonej czynności narządu, gdy badania pewnej grupy wykazują upośledzenie sprawności, a drugiej nadczynności.

Zwrócenie uwagi przez prelegenta na zachowanie się nerki lewej w przypadku cierpienia trzustki stanowi rzecz ważną. Dotąd u chorych wykazujących bóle w lewej okolicy lędźwiowej, promieniujące w lewe podżebrze najczęściej rozpoznawano kamicę nerkową, gdy w rzeczywistości w niektórych przypadkach cukromocz przy braku objawów nerkowych w moczu wskazywało raczej na toczącą się chorobę w trzustce.

Gdy na rzecz powyższą zwróciłem baczniejszą uwagę, okazało się, że możemy tu mieć przypadki różne. Dotąd znaliśmy chorych, u których po ataku wykrywano: a) tylko cukromocz lub b) elementy nerkowe bez cukromoczu. Ostatnio zaś, poddawałem ścisłemu badaniu tego rodzaju przypadki i udało mi się stwierdzić po tzw. typowym ataku nerkowym oprócz zmian w moczu, wyraźną palpacyjną bolesność okolicy trzustki oraz zwiększoną ilość diastazy w moczu bez cukromoczu po zastosowaniu obciążenia glukozą.

Fakty powyższe wskazują tylko, że jeśli w danej okolicy jakiś narząd cierpi, to sprawa chorobowa, najczęściej wskutek zaburzeń w krążeniu, może spowodować występowanie objawów dotyczących narządu sąsiedniego i ułatwia lub utrudnia rozpoznanie.

W rozpoznaniu raka trzustki, zgodnie z wnioskiem mojej pracy o rakach trzustki (Medycyna nr 5 i 6, 1936), stale przypisuję duże znaczenie zaburzeniom w spalaniu węglowodanów, rozpoznawanym na podstawie badania cukru we krwi i w moczu po obciążeniu ustroju 50 g glukozy. Stwierdziłem je 7 razy na 14 przypadków opisanych przeze mnie.

Uzupełniając dane kliniczne przedstawione przez prelegenta, pozwalam sobie przypomnieć, że, jak to już podałem we wspomnianej wyżej pracy (Medycyna 1936, nr 5 i 6), w I Klinice Wewnętrznej U. J. P. w okresie od r. 1925 do r. 1935 na 9.058 chorych spostrzegano 7 przypadków raka trzustki, co stanowi nieco mniej niż 1 (ściśle 0,77) na tysiąc chorych leczonych w tym okresie w klinice.

Kol. S t a ń c z y k zwraca uwagę, iż w Zakładzie Anatomii Patologicznej U. J. P. duży odsetek sekcji stanowią sekcje noworodków z Kliniki Położniczej oraz sekcje dzieci z domów wychowawczych i Kliniki Dziecięcej; zapytuje więc, czy prelegent uwzględnił ten fakt przy obliczaniu statystycznym przypadków raka trzustki, a jeżeli tak, to jaki wiek wziął za podstawę do swych obliczeń.

Kol. M a r k e r t (streszczenie własne) zaznacza, że nie przytoczył statystyki kol. G r o t t a, gdyż rozpoznania kliniczne raka trzustki nie mogą służyć za zupełnie pewny materiał do obliczeń statystycznych. Na 30 przypadków, sprawdzonych sekcyjnie nowotworów trzustki, tylko w 6 przypadkach ustalono tę chorobę za życia. Zestawienie to świadczy, że rozpoznanie nowotworów trzustki jest trudne, poza tym, jako wymagające dodatkowych i dokładnych badań laboratoryjnych, możliwe tylko w dobrze wyposażonym oddziale. W przewlekłych zapaleniach trzustki prelegent nie widział zmian w moczu, z wyjątkiem tych przypadków, w których zakażenie dotknęło zarówno trzustki, jak i nerkę. W nowotworach trzustki, nawet niewielkich rozmiarów, jak w przedstawionym drugim przypadku, mogą być zmiany w moczu. Krzywa cukru we krwi w razie niewielkiego nowotworu trzustki może być prawidłowa. Statystyka raków trzustki, stwierdzonych sekcyjnie, jest oparta na materiale ludzi dorosłych.

Prezes: *Marian Grzybowski.*

Zastępca sekretarza dorocznego: *Tadeusz Hinz.*

P r o t o k ó ł z u r o c z y s t e j a k a d e m i i d l a u c z c z e n i a s e t n e j r o c z n i c y z g o n u J ę d r z e j a Ś n i a d e c k i e g o odbytej w dniu 21 maja 1938 roku

1. Kol. P r e z e s wygłasza słowo wstępne.
2. Kol. Ludwik Z e m b r z u s k i *wygłasza odczyt pt.: Życiorys Jędrzeja Śniadeckiego.*
3. Prof. Adam W r z o s e k *wygłasza odczyt pt.: Działalność naukowa i lekarska Jędrzeja Śniadeckiego.*
4. Kol. Piotr S ł o n i m s k i *wygłasza odczyt pt.: Jędrzej Śniadecki jako biolog.*
5. Kol. P r e z e s dziękuje rodzinie, prelegentom i wszystkim obecnym za wzięcie udziału w uroczystej akademii.

Prezes: *Marian Grzybowski.*

Zastępca sekretarza dorocznego: *Tadeusz Hinz.*

Towarzystwo Lekarskie Wileńskie

P r o t o k ó ł IX p o s i e d z e n i a n a u k o w e g o z dnia 9 listopada 1938 roku

Przewodniczący: Prof. dr S. S c h i l l i n g - S i e n g a l e w i c z

1. Doc. dr E. C z a r n e c k i i dr B. R u b i n s z t e j n: *Działanie żółciopędne alfa-dwunitrofenolu.*

Alfa-dwunitrofenol został niedawno wprowadzony do leczenia stanów otyłości. Większe dawki dwunitrofenolu powodują uszkodzenie miąższu wątroby. Autorzy postanowili zbadać wpływ dwunitrofenolu na czynność wątroby, w dawkach małych, leczniczych.

Doświadczenia wykonano na psach (19) w uśpieniu chloralozowym. Po podwiązaniu przewodu pęcherzykowego zakładano kaniulę do przewodu żółciowego; w ten sposób zbierano żółć wydzielaną przez wątrobę, a nie nagromadzoną poprzednio w pęcherzyku żółciowym. Ilości wydzielanej żółci odmierzano w okresach 5-minutowych.

Dwunitrofenol w postaci 1% alkalicznego roztworu (sól sodowa dwunitrofenolu) był stosowany doustnie (zgłębnik żołądkowy) i w zastrzykach. Prócz wydzielania żółci badano także zachowanie się ciepłoty i oddychania.

Z doświadczeń wynika, że:

a) alfa-dwunitrofenol wywiera u psów silne działanie żółciopędne,

b) działanie żółciopędne dwunitrofenolu występuje już przy stosowaniu stosunkowo małych dawek, nie przewyższających stosowanych w lecznictwie u ludzi i nie powodujących jeszcze żadnego podniesienia ciepłoty ciała,

c) działanie żółciopędne dwunitrofenolu jest najszybsze i najsilniejsze po podaniu doustnym, słabsze i wolniejsze w zastrzykach dożylnych, najpowolniejsze w zastrzykach domięśniowych,

d) działanie żółciopędne dwunitrofenolu nie zależy od zmian ciepłoty i oddychania,

e) działanie żółciopędne dwunitrofenolu zależy od stanu odżywienia badanych zwierząt.

Dyskusja. Prof. S c h i l l i n g - S i e n g a l e w i c z: Od czasu wprowadzenia alfa-dwunitrofenolu do wyrobu środków wybuchowych, poczyniono liczne obserwacje, świadczące o wielkiej toksyczności tego ciała; zanotowano też wiele wypadków śmiertelnych w związku z leczniczym jego zastosowaniem. Obserwacje te przemawiają przeciwko stosowaniu dwunitrofenolu w celach leczniczych.

Prof. A. J a n u s z k i e w i c z zapytuje, czy szybkie działanie dwunitrofenolu drogą doustną nie da się wytłumaczyć

bezpośrednim drażnieniem wątroby przez wessanie ciała do układu żyły wrotnej.

Dr B. Rubinsztejn: Działanie po podaniu doustnym było tak szybkie, że nie można przyjąć tego rodzaju tłumaczenia.

Dr W. Łobza: Alfa-dwunitrofenol ma działanie moczopędne, powoduje spadek wagi przez odwodnienie i stąd jego zastosowanie w leczeniu stanów otyłości. Działania odchudzającego nie posiada.

2. Dr E. Salitówna: *Przemiana węglowodanowa a solna.* (Streszczenia nie nadesłano). (Referat ukaże się w druku w czasopiśmie „Nowiny Lekarskie").

Prezes: *Prof. dr S. Schilling-Siengalewicz.*
Sekretarz: *Dr Tadeusz Kołaczyński.*

Protokół X posiedzenia naukowego z dnia 23 listopada 1938 roku z okazji 40-lecia odkrycia radu i Ogólnopolskiego Tygodnia Przeciwrakowego

Przewodniczący: Prof. dr S. Schilling-Siengalewicz

1. Po zagajeniu przez przewodniczącego, mgr Wacław Turczyński *wygłosił referat pt.: Pierwiastki promieniotwórcze i ich własności.*

Odkrycie pierwiastków promieniotwórczych miało wielkie znaczenie dla fizyki i medycyny. W fizyce odkrycie promieniotwórczości spowodowało jej ogromny postęp, przede wszystkim w dziedzinie poznania budowy atomów.

Sztucznie otrzymane radioizotopy lekkich pierwiastków (np. radiofosfór, radiosód) przedstawiają dla nauk lekarskich wielkie możliwości; mogą służyć jako środki zastępcze preparatów naturalnych oraz dzięki ich własnościom można rozszerzyć wiadomości o przyswajaniu w organizmach żywych.

2. Prof. dr K. Michejda: *Zabiegi operacyjne przy nowotworach złośliwych.*

Referat będzie wydrukowany w całości w „Pamiętniku Wil. T-wa Lekarskiego".

3. Prof. dr W. Jakowicki: *Kilka uwag w sprawie raka macicy, na podstawie materiału Kliniki Ginekologicznej Wileńskiej.* (Streszczenia nie nadesłano).

4. Prof. dr K. Pelczar: *Niektóre wytyczne postępowania w przypadkach daleko posuniętych spraw nowotworowych.* (Streszczenia nie nadesłano).

Prezes: *Prof. dr S. Schilling-Siengalewicz.*
Sekretarz: *Dr Tadeusz Kołaczyński.*

Protokół XI posiedzenia naukowego z dnia 30 listopada 1938 roku

Przewodniczący: Prof. dr S. Schilling-Siengalewicz

1. Prof. dr S. Schilling-Siengalewicz: *Zagajenie.*

Obchodzimy dziś bolesną rocznicę po stracie prof. Rosego. Rok temu zmarł wybitny uczony, którego stratę odczuła dotkliwie tak nauka polska, jak i zagraniczna, Wydział Lekarski i Wileńskie Towarzystwo Lekarskie. Prof. Rose był redaktorem Pamiętnika Wil. T-wa Lekarskiego; rozpoczął zaledwie swą działalność w tym kierunku i niewątpliwie dzięki swej energii, zdolnościom i doświadczeniu byłby to czasopismo postawił na wysokim poziomie. Niestety, los zrządził inaczej. Dziś, jak i rok temu, jesteśmy nadal wstrząśnięci Jego tak nagłym i niespodziewanym odejściem i pragniemy na dzisiejszym posiedzeniu oddać cześć Jego pamięci.

2. Prof. dr K. Michejda: *W pierwszą rocznicę śmierci prof. dra Maksymiliana Rosego.*

Posiedzenie dzisiejsze, którym uczcić mamy pamięć zmarłego przed rokiem profesora Maksymiliana Rosego, zorganizowane zostało z inicjatywy asystentów i lekarzy Kliniki Neurologiczno-Psychiatrycznej i Państwowego Szpitala Psychiatrycznego. Jest to dowód pamięci i czci, jaką uczniowie i współpracownicy zachowali dla swego zmarłego profesora. Prace zaś, które przedstawię, są dowodem, że wraz z doczesnymi szczątkami nie uleciał z tych uroczych wzgórz, ogrodów i lasów antokolskich duch, który wśród nich położonym zakładom nadał żywą treść, czyniąc z nich ognisko umiłowania nauki i świątynię sztuki lekarskiej.

Był bowiem prof. Rose sługą Nauki, oddającym jej wszystko, co w sobie miał najlepszego: niezmordowaną pracowitość, wierność dozgonną, a nade wszystko najczystsze intencje, z jakimi do przybytków nauki wchodził i z nich wychodził. Był z tych, których praca dla Nauki była równie czystą i bezinteresowną, jak czystą i bezinteresowną jest sama Nauka.

Był i sługą chorych. By służba ta była jak najlepsza, o to bardzo dbał. Za krzywdę uczynioną choremu ten gołębiego serca człowiek gotów był karać bezlitośnie. Jako psychiatra i neurolog zdobywał niezmiernie łatwo szczególne zaufanie chorych i tak kształtował stosunek, jaki wytwarza się między chorym a lekarzem, że stosunek ten mógł być i był wzorem i przykładem do naśladowania. Wszystko, co było bólem chorego, było i jego bólem.

Mnie jako z woli Rady Wydziału Lekarskiego zastępczemu kierownikowi Jego Kliniki i Instytutu Badań Mózgu i reprezentantowi Jego nieobecnego następcy, przypadł w udziale zaszczyt zagajenia dzisiejszego posiedzenia. Czyniąc to, składam Cieniom wielkiego uczonego i wielkiego lekarza hołd.

3. Dr St. Witek: *Wspomnienie pośmiertne o profesorze M. Rose.*

4. Dr J. Rose: *O pracy naukowej prof. M. Rose.* Streszczeń nie nadesłano.

5. Prof. dr W. Jakowicki i dr M. Sumorok: *Przypadek bąblowca mózgu.*

Położnica J. W., lat 19, odbyła w klinice klasyczny poród bez żadnych powikłań. Czuła się zupełnie dobrze, zaczęła chodzić a w 10 dni po porodzie nagle zmarła wśród nieznacznych drgawek. Przeprowadzona sekcja zwłok wykazała rozsianego bąblowca mózgu i opon mózgowych.

Proces zakażenia był świeży, pęcherzyki drobne, zakażenie nastąpiło prawdopodobnie niedawno, pęcherzy jest niewiele.

Zakażenie bąblowcem zachodzi wtedy, gdy do żołądka i górnej części przewodu pokarmowego (dwunastnicy) trafiają dojrzałe jaja (onkosfery) tasiemca, które następnie przechodzą przez śluzówkę do naczyń limfatycznych i krwi. Jaja mogą się tam dostać z pokarmami i napojami przez zanieczyszczone ręce jajami własnego lub zwierzęcego pasożyta (tasiemca) albo na skutek odwrotnej perystaltyki (wymioty). W danym wypadku badanie histologiczne wykazało w pęcherzykach bąblowca główkę tasiemca samotnego. Pęcherzyki były wielkości $^1/_2$—2 cm. Zakażenie było obce, ponieważ w przewodzie pokarmowym zmarłej nie stwierdzono obecności tasiemca, tylko askarydy.

Bąblowiec usadawia się najchętniej w tkankach dobrze unaczynionych, np. w mięśniach kośćca (najczęściej piersiowych), w mięśniu sercowym, korze mózgowej, oponach mózgowych, sploście naczyniówki mózgowej i komorach. W danym przypadku stwierdzono je tylko w mózgu i oponach.

Bąblowiec dochodzi do zupełnego rozwoju po dwóch i pół miesiącach od usadowienia i utrzymuje się w ustroju przez 3 do 6 lat w stanie żywym. Obumierając, ulega zwapnieniu, a we wnętrzu jego stwierdza się wtedy kulki tłuszczu, kryształki cholesteryny i czasami haczyki.

Pęcherze bąblowca mogą pływać luźnie w płynach jam ustroju, np. w komorach lub poruszać się w oku i zatykając ważne dla życia kanały anatomiczne narządów mogą powodować nagłe wystąpienie groźnych dla życia objawów klinicznych, prowadzących, jak w naszym wypadku, do śmierci.

Postacie usadowione mogą czasem nie rozwijać typowej otoczki i pasożyt przedstawia się w postaci delikatnych, groniastych tworów *(echinococcus racemosus)*, luźno otaczających naczynia. Czasem nie rozwija się w pęcherzyku główka, przy czym powstają tzw. akephalocysty.

Przy bąblowcach usadowionych na wielkich tętnicach podstawy mózgu powstają obrazy, podobne do kiły mózgu, z silnym odczynem naczyniowym i dążnością do zarośnięcia światła tych naczyń.

Licznie rozsiany pasożyt spotyka się również w śledzionie, węzłach chłonnych, płucach, opłucnej, kościach itp. Usadowiony w tkance podskórnej może przypominać powiększone węzły chłonne.

W omawianym przypadku stwierdzono obecność bąblowca tylko w mózgu i to we wczesnym okresie, z drobnymi, nie dochodzącymi do wielkości grochu pęcherzykami i przypadkowe podprosowate poszczególne skupienia nacieku z komórkami kwasochłonnymi w wątrobie, którego nie można jeszcze uważać za odczyn dookoła świeżo usadowionego tam pasożyta, chociaż jest on w tym kierunku bardzo podejrzany.

Bąblowiec uszkadza tkanki gospodarza w dwojaki sposób: mechanicznie w miejscu usadowienia (ucisk itp.) i toksycznie, uszkadzając tkanki i narządy odległe produktami swego przyswajania. Wokół pasożyta i jego torebki powstaje umiarkowany odczyn zapalny, jak przy innych ciałach obcych, nawet nieorganicznego pochodzenia, z tą różnicą, że obok komórek okrągłych, plazmocytów i spotykanych często komórek olbrzymich, widzimy tu liczne leukocyty kwasochłonne. Miejscowy ten odczyn zapalny jest jednak nieznaczny.

Ze zmian ogólnych na pierwszy plan wysuwa się eozynofilia krwi i często niedokrwistość toksyczna oraz często dolegliwości jelitowe w pierwszym okresie choroby — okresie przenikania jaj do śluzówki jelita i przemiany onkosfery na finny.

Bąblowce mózgu, jak i innych narządów, nie zawsze powodują śmierć nagłą i nie zawsze nawet dają wyraźne objawy kliniczne. Zależy to od miejsca usadowienia i liczby wysianych pęcherzy. Czasem ostry okres schorzenia przechodzi w niewyraźne cierpienie z niedokrwistością i niezdecydowanymi objawami klinicznymi i tylko po długich poszukiwaniach udaje się ustalić rozpoznanie.

Czasem śmierć następuje nagle we wczesnym okresie zakażenia, tak jak w danym przypadku, jeżeli bąblowiec osiądzie w tkankach narządów ważnych dla życia.

Ze starszych autorów Kuchenmejster na 80 własnych przypadków stwierdził 16 (tj. 18%) przypadków, które przebiegały bezobjawowo i zostały przypadkowo na sekcji ustalone.

6. Dr J. Olszewski: *O dalszych wynikach leczenia schizofrenii insuliną.* (Streszczenia nie nadesłano).

7. Dr Z. Kanigowski: *Zapalenie nagminne mózgu na podstawie materiału klinicznego* (z pokazem chorego). (Streszczenia nie nadesłano).

8. Referat dra J. Borysowicza z powodu spóźnionej pory przesunięto na następne posiedzenie.

Prezes: *Prof. dr S. Schilling-Siengalewicz.*
Sekretarz: *Dr Tadeusz Kołaczyński.*

Protokół wspólnego posiedzenia naukowego z Wileńskim Kołem T-wa Internistów Polskich z dnia 11 grudnia 1938 roku

Przewodniczący: Dr Józefat Bohuszewicz

Posiedzenie odbyło się w Klinice Wewnętrznej U. S. B. Odbyły się pokazy chorych z udziałem profesora i asystentów Kliniki.

Pełny protokół sporządza sekretarz T-wa Internistów.
Sekretarz: *Dr Tadeusz Kołaczyński.*

Wiadomości bieżące

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy

Polskie Tow. Badań Naukowych Gruźlicy. Zebranie naukowe Towarzystwa odbyło się dnia 6 marca 1939 r. w II Klinice Chorób Wewnętrznych U. J. P. I. Odczyty. 1. Stefania Chodkowska, Maria Szulc-Garmatowa i Maria Werkenthin: Zmiany drobnoguzkowe w płucach, przypominające gruźlicę prosówkową. 2. Jan Roguski: Graficzne oznaczanie ciśnienia w jamie opłucnej. (Doniesienie tymczasowe). 3. Julian Walawski: Wpływ zmian gruźliczych w płucach na sprawność fizjologiczną regulacji krążenia. II. Pokaz. 4. Erwin Lehman i Wiktor Mieczkowski: Promienica płuc.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie. I. Posiedzenie w dniu 8 marca 1939 r.: 1. Odczytanie protokołu posiedzenia z dnia 22 lutego 1939 r. 2. Pokaz chorych i dyskusja. 3. Kol. J. Kokotek: O zakażeniach krwi wywołanych przez pałeczki błonicy i błonicy rzekomej. 4. Pokaz preparatów i dyskusja. — II. Posiedzenie w dniu 22 marca 1939 r.: 1. Odczytanie protokołu posiedzenia z dnia 8 marca 1939 r. 2. Pokaz chorych i dyskusja. 3. Kol. J. Wajnsztok: O zespole klinicznym pęcherzykowo-wyrostkowym. 4. A. Bender: O trzepotaniu i migotaniu komór serca. 5. Pokaz preparatów i dyskusja.

XXX Zjazd Chirurgów Polskich odbędzie się we Lwowie w dniach 16, 17 i 18 kwietnia 1939 r. Tematy programowe: I. Kamica nerkowa i moczowodowa. Referenci: Prof. dr S. Laskownicki (Lwów): „Etiologia, patogeneza oraz anatomia patologiczna kamicy nerkowej i moczowodowej"; Doc. K. Nowakowski (Poznań): „Klinika kamicy nerkowej i moczowodowej". II. Leczenie powikłań złamań kości. Referenci: Prof. dr A. Gruca (Lwów), dr T. Sokołowski (Warszawa). Zgłaszanie rozpraw nad tematami programowymi oraz zgłoszenie referatów na tematy dowolne winno nastąpić najpóźniej do dnia 15 marca 1939 r. na ręce sekretarza dr J. Sieniawskiego (Lwów, ul. Pijarów 4. Klinika Chirurgiczna U. J. K.). Do zgłoszonych referatów na tematy dowolne winno być dołączone krótkie streszczenie referatu. Liczba referatów na tematy dowolne może być przez prezesa Towarzystwa ograniczona. W czasie Zjazdu odbędzie się wystawa środków farmaceutycznych i urządzeń klinicznych. Zgłoszenia zainteresowanych firm w sprawie stoisk przyjmuje dr farm. Ewa Szymańska (Warszawa, ul. Batorska 2).

W dniu 1 kwietnia br. o godz. 11 rano w sali wykładowej II Kliniki Chorób Wewnętrznych im. A. Gluzińskiego (Warszawa, ul. Nowogrodzka 59) odbędzie się III Zjazd Naukowy Polskiego Tow. Zwalczania Gośćca z następującym porządkiem dziennym: 1) Dr St. Rudziński: Gościec w ubezpieczeniu społecznym. 2) Prof. K. Pelczar: Warunki klimatyczne w powstawaniu przewlekłego gośćca. 3) Doc. E. Reicher: Walka z gośćcem z punktu widzenia kliniki chorób wewnętrznych. 4) Prof. A. Wojciechowski: Walka z gośćcem z punktu widzenia chirurgii.

W uzupełnieniu ogłoszenia o VI Zjeździe Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, który odbędzie się w dniach 27, 28, 29 maja br. (nie zaś 28, 29 i 30) w Sanatorium p. n. „Kolonia Lecznicza Dziecięca im. Rektora J. Brudzińskiego przy Zdroju w Busku na Górce" nadmieniamy, że tamże odbędzie się w dniach 29 i 30 maja br. III Zjazd Lekarzy i Nauczycieli Zakładów Leczniczo-Wychowawczych. Termin zgłaszania prac przedłużono do dnia 15. IV. br. Dokładne informacje ogłoszono w Pediatrii Polskiej w numerze lutowym.

XII Doroczny Zjazd Niemieckiego Towarzystwa dla badań narządu krążenia odbędzie się dnia 25 i 26 marca br. w Bad-Nauheim. Tematami głównymi są: 1. Elektrokardiogram. 2. Leczenie niedomogi serca.

XI Międzynarodowy Zjazd Związku Przeciwgruźliczego odbędzie się w czasie od dnia 17—20 sierpnia 1939 r. w Berlinie.

Różne

Z kraju

W czasie od dnia 9. I. do 4. II. br. odbył się w Krakowie 4-tygodniowy kurs uzupełniający dla lekarzy z zakresu nauki o gruźlicy oraz walki społecznej z gruźlicą, urządzony przez Wydział Lekarski U. J. przy poparciu Ministerstwa Opieki Społecznej. Równocześnie, w okresie od dnia 9. I. do 21. I. br. odbył się 2-tygodniowy kurs dla lekarzy domowych U. S. z tego samego zakresu. Kurs 4-tygodniowy obejmował 41 godzin wykładów teoretycznych z dziedziny rozpoznawania, leczenia i zwalczania gruźlicy oraz ponad 100 godzin zajęć praktycznych na Oddziale Gruźliczym II Kliniki Chorób Wewnętrznych, na Oddziale Zakaźnym Szpitala św. Łazarza (Prym. prof. dr J. Kostrzewski) i w poradniach przeciwgruźliczych. Na kurs ten zgłosiło się 24 lekarzy, jednak ze względu na ograniczoną liczbę miejsc, przyjęto tylko 10 lekarzy. Kurs 2-tygodniowy dla lekarzy domowych U. S. korzystał z I. części wykładów kursu 4-tygodniowego. Godzin wykładów było 34, godzin zajęć praktycznych ponad 40. Kurs ukończyło 15 lekarzy. Słuchacze obu kursów zwiedzili szczegółowo: Kolonię Leczniczo-Szkolną ZUS w Andrychowie, Sanatorium Z. U. S. w Bystrej, Zakład dla promieniolecznictwa Kliniki Dermatologicznej U. J., Sanatorium Gruźlicze w Miejskich Zakładach Sanitarnych w Krakowie oraz Szpital U. S. w Krakowie. Zamknięcie kursu dla lekarzy domowych U. S. nastąpiło dnia 21. I. br. w Szpitalu U. S., w obecności przedstawicieli Ubezpieczalni Społecznej, zaś zamknięcie kursu 4-tygodniowego odbyło się dnia 4. II. br. w Klinice Chorób Wewnętrznych U. J. przy udziale przedstawicieli Wydziału Lekarskiego U. J. i Ministerstwa Opieki Społecznej. Słuchacze obu kursów wyrazili przy tej sposobności kierownikowi kursu prof. dr Latkowskiemu podziękowanie za zorganizowanie kursów, podnosząc ich wysoki poziom naukowy i osiągnięte przez nich praktyczne wyniki szkolenia.

W styczniu br. skutkiem epidemii grypy, Ubezpieczalnia Społeczna we Lwowie wypłacała nadal zasiłki znacznie większej, niż zwyczajnie, liczbie osób. W związku z tym, zasiłki chorobowe osiągnęły niespotykany dotychczas poziom, wynosząc w styczniu ponad 82 tysiące złotych. Ze świadczeń pieniężnych, wypłaconych na rachunek Z. U. S., wyniosły zasiłki z braku pracy pracowników umysłowych kwotę 27.722 złotych, zapomogi zaś pośmiertne robotników 3.263 zł.

Sprawie warunków pracy i bytowania górnika śląskiego poświęcona jest praca dra Karola Sęczyka, naczelnika Wydziału Zdrowia Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego „Ochrona zdrowia górnika", która w dniach najbliższych ukaże się nakładem Instytutu Spraw Społecznych. Na tle opisów pracy w kopalniach

węgla, autor przedstawia niebezpieczeństwa zagrażające górnikom i omawia szczegółowo choroby zawodowe, zapobieganie im i lecznictwo. Najbardziej szczegółowo w dziale tym omówiona jest pylica płuc, której różne stany rozwoju pokazane są na szeregu rentgenogramów. Autor wylicza środki zaradcze, które powinny uchronić górników przed cięższymi stopniami zapylenia płuc, wskazuje na potrzebę masowych badań na pylicę wszystkich rębaczy górniczych, przede wszystkim zaś pracujących w kamieniu, w związku z tym mówi o potrzebie powstania instytucji wyspecjalizowanej, która byłaby powołana do rozważania tego cierpienia oraz do wydawania orzeczeń w zakresie pylicy płuc.

Dnia 17 marca br. odbędzie się w Toruniu posiedzenie Sekcji Turystyczno-Zdrojowej, powołanej przez Pomorską Radę Gospodarczą dla przepracowania zagadnień turystycznych i uzdrowiskowych Pomorza. Zebranie odbędzie się pod przewodnictwem wiceprezesa Związku Uzdrowisk Polskich Apolinarego Jankowskiego, prezydenta miasta-zdrojowiska Inowrocławia. Porządek dzienny przewiduje przede wszystkim referat prez. Jankowskiego pt.: „Zagadnienie zdrojowisk, kąpielisk morskich i klimatyk na terenie Wielkiego Pomorza". Prócz tego zostaną wygłoszone referaty mgr. Gryczuka, mgr. Radeckiego, red. Fiedlera i St. Mantaja na temat postulatów uzdrowisk pomorskich oraz kąpielisk polskich nad Bałtykiem, zagadnienia krajoznawstwa na Pomorzu, sprawy przemysłu ludowego itp. Ponieważ Związek Uzdrowisk otacza specjalną opieką nasze wybrzeże morskie i troszczy się bardzo o rozwój i organizację polskich kąpielisk, posiedzenie powyższe wzbudza najwyższe zainteresowanie wśród sfer uzdrowiskowych. Tak wygłoszone na zebraniu referaty, jak i wyniki obrad będą stanowiły cenny materiał dla prac czynnej przy Z. U. P. Komisji Uzdrowisk Nadmorskich.

Polska Akademia Literatury otrzymała od p. Józefiny Saskiej bogaty dar w postaci terenu nadmorskiego wielkości około 4.000 m² w Lisim Jarze w okolicy Jastrzębiej Góry. Teren ten został przeznaczony pod budowę domu literatów im. Stefana Żeromskiego. Dom ten i jego przyszli goście będą nowym wysokowartościowym dorobkiem w nieustannym rozwoju naszego wybrzeża.

Choroby zakaźne w Polsce w czasie od dnia 11. XII. do dnia 31. XII. 1938 r.:

Choroby	Tydzień 51 11—17/XII	Tydzień 52 18—24/XII	Tydzień 53 25-31/XII
Ospa	—	—	—
Dur brzuszny	327 *33*	208 *24*	155 *29*
Dury rzekome	—	—	—
Dur plamisty	47 *5*	104 *6*	60 *6*
Dur powrotny	—	—	—
Czerwonka	13 *2*	8	11 *1*
Płonica	395 *4*	281 *6*	289 *5*
Błonica	468 *27*	345 *20*	356 *30*
Nagm. zap. opon m.-rdzen.	10 *4*	15 *4*	20 *1*
Odra	1256 *4*	554 *3*	253 *6*
Krztusiec	203 *17*	147 *11*	131 *17*
Zimnica	—	—	—
Zakażenie połogowe	33 *9*	20 *3*	19 *2*
Choroba Heine-Medina	2 *1*	1	1 *1*
Nagm. zap. mózgu	—	—	—
Choroba Banga	—	—	—
Trąd	—	—	—
Gruźlica	474 *203*	464 *224*	506 *237*
Róża	98 *3*	74 *3*	74 *4*
Jaglica	385	448	206
Twardziel	—	1	—
Wąglik	1 *1*	—	—
Nosacizna	—	—	—
Włośnica	—	—	—
Wścieklizna	*2*	*1*	*2*

Liczby drukiem pochylonym oznaczają zgony.

Anglia

Kwartalnik angielski pt. „Quarterly Safety Summary" podaje interesujące obliczenie dokonane przez doradcę technicznego jednego z towarzystw ubezpieczeniowych. Wykazał on mianowicie na przykładzie analizy, przeprowadzonej na 36 wypadkach przy pracy w przemyśle drzewnym, że koszty leczenia i odszkodowania stanowią zaledwie 18% ogólnych strat spowodowanych przez wypadki. Wyszczególnienie tych strat „pośrednich" przedstawia się następująco: 1) czas stracony przez poszkodowanych, za który pracodawca musi zapłacić — 15%; 2) czas stracony przez innych pracowników — 36%; 3) czas stracony przez majstrów lub kierujących robotami w warsztacie — 25%; 4) zniszczenie materiału — 4%; 5) zniszczenie urządzeń lub narzędzi — 2%. W omówieniu tych pozycyj autor uzasadnia je przytoczeniem następujących okoliczności: ad 2) skutkiem wypadku towarzysze poszkodowanego przerywają pracę, powodowani ciekawością, sympatią lub wreszcie chęcią okazania pomocy; ad 3) majstrowie i personel nadzorujący tracą czas na niesienie pomocy poszkodowanemu, na zbadanie przyczyny wypadku, na podjęcie zarządzeń w celu zastąpienia poszkodowanego przez innego pracownika, na dobranie tego pracownika i przyuczenie go do nowego rodzaju zajęcia, na sporządzenie odpowiedniego sprawozdania i złożenie wyjaśnień przed komisją. Punkty 4 i 5 nie wymagają bliższego omówienia. Dodać by jeszcze należało straty mogące wyniknąć z powodu opóźnienia dostawy, a co za tym idzie i zapłaty za wykonaną pracę, nie licząc możliwych kar konwencjonalnych. Również na rachunek strat zapisać należy okoliczność, iż poszkodowany po powrocie do pracy otrzymuje pełne wynagrodzenie, mimo, że w większości przypadków wydajność jego w pierwszych dniach jest ograniczona co najmniej o 50%, choćby z przyczyny pewnej naturalnej obawy.

Genewa

Kronika organizacji higieny. Liga Narodów. Tom I. Nr 3. 1 luty 1939. Kronika zdaje sprawę z działalności stacji higienicznej w Singapour, która ma dawać wiadomości o wszelkich epidemiach, które wybuchnąć by mogły na Dalekim Wschodzie. Na wyspach filipińskich, w Nowej Zelandii, w Siamie, stworzono zakłady dla badania doświadczalnego spraw odżywiania. Na żądanie Chin, aby dostarczono im 6 milionów szczepionek przeciw cholerze, odpowiedziała organizacja wysyłką w ciągu czterech tygodni 8 milionów szczepionek. W dostarczeniu tym współdziałało 13 państw: Argentyna, Australia, Birmania, Ceylon, Dania, Egipt, U. S. A., Państwo Malajskie, Indochiny, Holandia, Rumunia, Turcja i Jugosławia. — Zebranie międzynarodowe farmakologów ma ustalić dawki maksymalne i w ogóle dawki lecznicze najważniejszych leków, żeby zapobiec rozmaitemu dawkowaniu i rozmaitym sposobom dawkowania, które utrudniają wykonanie zleceń lekarskich szczególniej podróżującym na statkach i odwiedzającym rozmaite kraje.

Redakcja otrzymała

J. Offenberg: Ostatnia choroba Adama Mickiewicza na tle ogólnego stanu jego zdrowia. Inst. Wydawn. „Biblioteka Polska". Warszawa 1939.

L. Bier: Choroby zakaźne w Polsce. Ustęp — a obronność Państwa. Nakł. Zakładu Higieny U. J. w Krakowie, 1938.

Bulletin de l'Association pour le développement des relations médicales entre la France et les pays étrangers. Nr 41, 1939.

W. Hangarter: Das Erbbild der rheumatischen und chronischen Gelenkerkrankungen. Wyd. Th. Steinkopff. Drezno-Lipsk. 1939. Cena: 6.75 RM.

A. Bednarski: Materiały do dziejów medycyny polskiej w XIV i XV stuleciu. Nakł. Pol. Ak. Um. Kraków 1939.

Dziennik Urzędowy Izb Lekarsko-Dentystycznych. Z. 2. 1939.

Rada Naukowo-Lekarska przy Z. U. S. — Przegląd referatowy zagranicznej literatury fachowej z dziedziny medycyny społecznej ze szczególnym uwzględnieniem medycyny ubezpieczeniowej i medycyny pracy. Nr 10. 1938.

L'Europe Médicale. Nr 9. 1939.

Freude und Arbeit. Z. 2. 1939.

Fr. Büchner: Die Koronarinsuffizienz. Wyd. Th. Steinkopff. Drezno-Lipsk 1939. Cena: 6 RM.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.